

INLEIDING MODELTEKSTEN 7.17 BW VOOR BEURSVERZEKERINGEN	2
Het nieuwe verzekeringsrecht	2
Karakterisering van het nieuwe verzekeringsrecht	2
Invoering	3
AFDELING 1 ALGEMENE BEPALINGEN	4
Artikel 7.17.1.1 (7:925) Definitie verzekeringsovereenkomst	4
Artikel 7.17.1.4 – 7.17.1.6 (7:928 - 931) Mededelingsplicht	5
Artikel 7.17.1.9 (7:933) Mededelingen verzekeraar	13
Artikel 7.17.1.10 (7:934) Verzuim van premiebetaling (voor zakelijke polissen zonder VNAB premiebetalingsclausule).....	14
Artikel 7.17.1.11 (7:936) Premie- en schadebetalingsclausule.....	16
7.17.1.11a kwijting verzekeraar	17
Artikel 7.17.1.12 en 12a (7:938 en 7:939) Premierestitutie	20
Artikel 7.17.1.13 (7:940) Duur en einde van de verzekering (centrale opzeggingsbepaling)	21
Artikel 7.17.1.14 (7:941) Schademelding.....	24
Artikel 7.17.1.15 (7:942) Verjaring	27
AFDELING 2 SCHADEVERZEKERING	28
Artikel 7.17.2.8 (7:951) Eigen gebrek	28
Artikel 7.17.2.9 (7:952) Eigen schuld	29
Artikel 7.17.2.9c (7:954) Directe actie	32
Artikel 7.17.2.18 (7:957) Bereddingskosten	33
Artikel 7.17.2.21 (7:958) Onderverzekering en premierisque.....	35
Artikel 7.17.2.24a (7:961) Samenloop bij verzekeringen.....	37

INLEIDING MODELTEKSTEN 7.17 BW VOOR BEURSVERZEKERINGEN

HET NIEUWE VERZEKERINGSRECHT

Hoewel de parlementaire behandeling van het in 1986 ingediende wetsontwerp inzake het nieuwe verzekeringsrecht nog niet is voltooid en er dus ook nog niets met zekerheid kan worden gezegd – dit geldt ook voor de nummering zoals die na invoering van het BW zal luiden waarbij een rol speelt dat er recentelijk nog wat aanvullingen en wijzigingen in het wetsvoorstel zijn aangebracht – is invoering per 1 januari 2006 vrijwel zeker. De oude wettelijke regeling in het Wetboek van Koophandel wordt dan vervangen door een nieuwe wettelijke regeling in het Burgerlijk Wetboek (Boek 7, titel 17).

De VNAB zal eventuele wijzigingen die in het kader van de parlementaire behandeling nog worden aangebracht en die gevolgen hebben voor dit rapport, zo snel mogelijk onder de aandacht van de leden brengen en het rapport daarop aanpassen.

Bij het opstellen van deze modelteksten voor beursverzekeringen hebben wij dankbaar gebruik gemaakt van de modelteksten die in februari van dit jaar onder auspiciën van het Verbond van Verzekeraars tot stand zijn gekomen. Wij hebben die modelteksten toegesneden op beursverzekeringen en waar nodig uitgebreid met nieuwe modelteksten. Daarbij hebben wij de jongste wijzigingen (tot 1 juli 2005) als gevolg van de parlementaire behandeling van titel 7.17, meegenomen. Over transportverzekeringen zal nog een afzonderlijke aanvulling verschijnen.

Met nadruk wordt er op gewezen dat de in dit rapport neergelegde modelteksten louter als leidraad dienen. Zij zijn niet bindend en het staat alle leden van de VNAB vrij om andere polisvoorwaarden aan hun klanten aan te bieden. De in dit rapport neergelegde modelteksten zullen voor elke belanghebbende toegankelijk gemaakt worden op de website van de VNAB.

Voor relevante wetsartikelen uit titel 7.17 wordt bekeken wat voor nieuws het brengt voor de praktijk en wat de relevante gevolgen van het overgangsrecht zijn. In veel gevallen wordt een modeltekst verstrekt voor een polisclausule of aanvraagformulier. Voor de goede orde zij erop gewezen dat hoofdzakelijk die wetsartikelen worden behandeld die van belang zijn voor beurspolisvoorwaarden en aanvraagformulieren. Het rapport bevat dus niet een behandeling van alle van belang zijnde wetsartikelen.

KARAKTERISERING VAN HET NIEUWE VERZEKERINGSRECHT

Het nieuwe verzekeringsrecht zal geen revolutionaire gevolgen hebben voor de wijze waarop verzekeringen gesloten en behandeld worden. Weliswaar worden er enkele nieuwigheden geïntroduceerd die gevolgen zullen hebben voor de bedrijfsvoering – zoals op het gebied van verzwijging bij het aangaan van de verzekering en de directe actie bij aansprakelijkheidsverzekeringen – maar voor een belangrijk deel legt het nieuwe recht in de wet vast, wat op grond van jurisprudentie onder het oude recht al gold. Een belangrijk verschil met het oude recht is wel, en dat is in het bijzonder voor de opstellers van polisvoorwaarden en voorbedrukte aanvraagformulieren van belang, dat het nieuwe recht deels bestaat uit dwingend recht en semi-dwingend recht en dat laatste dan nog in twee gradaties. Onder dwingend recht worden bepalingen verstaan, waarvan in het geheel niet bij overeenkomst kan worden afgeweken. Van semi-dwingend recht kan men in beginsel in de overeenkomst afwijken, maar niet ten nadele van:

- de verzekeringnemer, de verzekerde of andere aangegeven personen zoals een derde of een benadeelde;

- de verzekeringnemer of de verzekerde, voor zover deze niet in de uitoefening van een beroep of bedrijf handelt.

In de artikelen 7.17.1.16 (7:943) (algemeen) en 7.17.2.25a (7:963) (schadeverzekering) vindt u voor de twee eerste afdelingen van titel 7.17 aangegeven voor welk artikel welk regiem van toepassing is. Waar dat van belang is, vindt u dit in het voorliggende rapport bij de behandeling van het desbetreffende artikel aangegeven.

INVOERING

Zoals gezegd is het vrijwel zeker dat het nieuwe verzekeringsrecht per 1 januari 2006 van kracht zal worden. Posten die vanaf die datum worden afgesloten zullen volledig onderworpen zijn aan het nieuwe recht, waarbij overigens ook vele artikelen directe werking zullen hebben op reeds lopende verzekeringen. In dit verband is van belang dat het oude recht – de bekende bepalingen in het Wetboek van Koophandel – per gelijke datum wordt ingetrokken. Voor zover polisvoorwaarden daarnaar (expliciet of impliciet) verwijzen of daarop gebaseerd zijn, missen zij dus de aansluiting aan het nieuwe recht. Dat is met name van belang voor de uitsluiting van schade die het gevolg is van eigen schuld (artikel 276 en 294 WvK) en bij de gevolgen van wijziging van bestemming bij brandverzekeringen (artikel 293 WvK). De daarop betrekking hebbende bepalingen in het Wetboek van Koophandel komen in het nieuwe recht gewijzigd of helemaal niet terug.

Voor posten die op de datum van invoering al lopen is het overgangsrecht van belang. Voor alle in dit rapport behandelde wetsartikelen is de werking van het overgangsrecht weergegeven. In dit verband kan er nog op worden gewezen dat de wettelijke regeling inzake wijziging van bestemming van kracht blijft voor verzekeringen die zijn aangegaan onder het oude recht. Over andere aspecten van het overgangsrecht zal de VNAB u, mocht daartoe aanleiding zijn, nader informeren.

Het rapport is samengesteld door de VNAB Commissie wijziging Verzekeringsrecht (WVR) in samenwerking met de Juridische Commissie Schade van het Verbond (J.C.S.).

AFDELING 1 ALGEMENE BEPALINGEN

ARTIKEL 7.17.1.1 (7:925) DEFINITIE VERZEKERINGSOVEREENKOMST

Wettekst

1. Verzekering is een overeenkomst waarbij de ene partij, de verzekeraar, zich tegen het genot van premie jegens haar wederpartij, de verzekeringnemer, verbindt tot het doen van een of meer uitkeringen, en bij het sluiten der overeenkomst voor partijen geen zekerheid bestaat, dat, wanneer of tot welk bedrag enige uitkering moet worden gedaan, of ook hoe lang de overeengekomen premiebetaling zal duren. Zij is hetzij schadeverzekering, hetzij sommenverzekering.
2. Persoonsverzekering is de verzekering welke het leven of de gezondheid van een mens betreft.

Wat voor nieuws brengt 7.17.1.1 (7:925)?

In de nieuwe definitie van verzekering is het vereiste van onzekerheid niet langer gekoppeld aan ‘een voorval’ en daarmee is het begrip ‘onzeker voorval’ verdwenen uit de definitie van de verzekeringsovereenkomst.

Dat schept de mogelijkheid dat een verzekerde zich erop beroept dat overeenkomstig het bepaalde in art. 7.17.1.1 (7:925) aan het vereiste van onzekerheid is voldaan in een situatie dat weliswaar ten tijde van het sluiten van de verzekering voor hem zeker was dat een schadebrengende gebeurtenis zich zou voordoen, maar niet hoe groot de daaruit voortvloeiende schade zou uitvallen. Alsdan komt het nog sterker dan onder het oude recht uiteindelijk aan op de uitleg van hetgeen partijen omtrent de reikwijdte van het verzekerd risico zijn overeengekomen.

Overgangsrecht?

Directe werking.

Wat betekent dit voor de polisvoorwaarden?

Beurspartijen die, overeenkomstig het regiem van het oude recht, de vereiste onzekerheid aan het verzekerde voorval willen koppelen, zouden dat kunnen bereiken met een bepaling als hieronder geformuleerd.

DEFINITIES ONZEKER VOORVAL

Schadeverzekering (inclusief ongevallenverzekering)

Deze overeenkomst beantwoordt – tenzij partijen uitdrukkelijk anders zijn overeengekomen – aan het vereiste van onzekerheid als bedoeld in artikel 7.17.1.1 (7:925) BW, indien en voor zover de schade op vergoeding waarvan aanspraak wordt gemaakt, het gevolg is van een gebeurtenis waarvan voor partijen ten tijde van het sluiten van de verzekering onzeker was dat daaruit voor verzekerde schade was ontstaan dan wel naar de normale loop van omstandigheden nog zou ontstaan.

Aansprakelijkheidsverzekering

Deze overeenkomst beantwoordt – tenzij partijen uitdrukkelijk anders zijn overeengekomen – aan het vereiste van onzekerheid als bedoeld in artikel 7.17.1.1 (7:925) BW, indien en voor zover de door een derde geleden schade op vergoeding waarvan jegens een verzekerde aanspraak wordt gemaakt, het gevolg is van een gebeurtenis waarvan

voor partijen ten tijde van het sluiten van de verzekering onzeker was dat daaruit schade voor de derde was ontstaan dan wel naar de normale loop van omstandigheden nog zou ontstaan.

Schade- en aansprakelijkheidsverzekering (inclusief ongevallenverzekering)

Deze overeenkomst beantwoordt – tenzij partijen uitdrukkelijk anders zijn overeengekomen – aan het vereiste van onzekerheid als bedoeld in artikel 7.17.1.1 (7:925) BW, indien en voor zover de door verzekerde of een derde geleden schade op vergoeding waarvan jegens verzekeraar resp. een verzekerde aanspraak wordt gemaakt, het gevolg is van een gebeurtenis waarvan voor partijen ten tijde van het sluiten van de verzekering onzeker was dat daaruit schade voor de verzekerde resp. de derde was ontstaan dan wel naar de normale loop van omstandigheden zou ontstaan.

ARTIKEL 7.17.1.4 – 7.17.1.6 (7:928 - 931) MEDEDELINGSPLICHT

Wettekst

Artikel 7.17.1.4

1. De verzekeringnemer is verplicht vóór het sluiten van de overeenkomst aan de verzekeraar alle feiten mede te delen die hij kent of behoort te kennen, en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar of, en zo ja, op welke voorwaarden, hij de verzekering zal willen sluiten, afhangt of kan afhangen.
2. Indien de belangen van een bij het aangaan van de verzekering bekende derde worden gedekt, omvat de in lid 1 bedoelde verplichting mede de hem betreffende feiten die deze kent of behoort te kennen, en waarvan, naar deze weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar afhangt of kan afhangen. De vorige zin mist toepassing bij persoonsverzekering.
3. Betreft een persoonsverzekering het risico van een bekende derde die de leeftijd van zestien jaren heeft bereikt, dan omvat de mededelingsplicht mede de hem betreffende feiten die deze kent of behoort te kennen en waarvan, naar hij weet of behoort te begrijpen, de beslissing van de verzekeraar afhangt of kan afhangen.
4. De mededelingsplicht betreft niet feiten die de verzekeraar reeds kent of behoort te kennen, en evenmin feiten, die niet tot een voor de verzekeringnemer ongunstiger beslissing zouden hebben geleid. De verzekeringnemer of de derde, bedoeld in lid 2 of lid 3, kan zich er echter niet op beroepen dat de verzekeraar bepaalde feiten reeds kent of behoort te kennen, indien op een daarop gerichte vraag een onjuist of onvolledig antwoord is gegeven. De mededelingsplicht betreft voorts geen feiten waarnaar ingevolge de artikelen 4 tot en met 6 van de Wet op de medische keuringen in de daar bedoelde gevallen geen medisch onderzoek mag worden verricht en geen vragen mogen worden gesteld.
5. De verzekeringnemer is slechts verplicht feiten mede te delen omtrent zijn strafrechtelijk verleden of omtrent dat van derden, voor zover zij zijn voorgevallen binnen de acht jaren die aan het sluiten van de verzekering vooraf zijn gegaan en voor zover de verzekeraar omtrent dat verleden uitdrukkelijk een vraag heeft gesteld in niet voor misverstand vatbare termen.
6. Indien de verzekering is gesloten op de grondslag van een door de verzekeraar opgestelde vragenlijst, kan deze zich er niet op beroepen dat vragen niet zijn beantwoord, of feiten waarnaar niet was gevraagd, niet zijn medegedeeld, en evenmin dat een in algemene termen vervatte vraag onvolledig is beantwoord, tenzij is gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden.

Artikel 7.17.1.5

1. De verzekeraar die ontdekt dat aan de in artikel 4 omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, kan de gevolgen daarvan slechts invoeren indien hij de verzekeringnemer binnen twee maanden na de ontdekking op de niet-nakoming wijst onder vermelding van de mogelijke gevolgen.
2. De verzekeraar die ontdekt dat de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet hem te misleiden of die bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten, kan de overeenkomst binnen twee maanden na ontdekking met dadelijke ingang opzeggen.
3. De verzekeringnemer kan de overeenkomst met dadelijke ingang opzeggen binnen twee maanden nadat de verzekeraar overeenkomstig lid 1 heeft gehandeld of zich bij de verwezenlijking van het risico op de niet-nakoming van de mededelingsplicht beroept. Bij persoonsverzekering kan de verzekeringnemer de beëindiging beperken tot de persoon, wiens risico het beroep op de niet-nakoming betreft.

Artikel 7.17.1.6

1. Indien aan de in artikel 4 omschreven mededelingsplicht niet is voldaan bestaat alleen recht op uitkering overeenkomstig de leden 2 en 3.
2. De bedongen uitkering geschiedt onverkort, indien de niet of onjuist meegedeelde feiten van geen belang zijn voor de beoordeling van het risico, zoals zich dit heeft verwezenlijkt.
3. Indien aan lid 2 niet is voldaan, maar de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken een hogere premie zou hebben bedongen, of de verzekering tot een lager bedrag zou hebben gesloten, wordt de uitkering verminderd naar evenredigheid van hetgeen de premie meer of de verzekerde som minder zou hebben bedragen. Zou de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken andere voorwaarden hebben gesteld, dan is slechts een uitkering verschuldigd als waren deze voorwaarden in de overeenkomst opgenomen.
4. In afwijking van de leden 2 en 3 is geen uitkering verschuldigd indien de verzekeraar bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten.
5. In afwijking van de leden 2 en 3 is geen uitkering verschuldigd aan de verzekeringnemer of de derde, bedoeld in artikel 4 lid 2 of lid 3, die heeft gehandeld met het opzet de verzekeraar te misleiden. Evenmin is een uitkering verschuldigd aan de derde indien de verzekeringnemer, met het opzet de verzekeraar te misleiden, niet heeft voldaan aan de mededelingsplicht betreffende de derde.

Artikel 7.17.1.6a

De verzekeraar kan zich niet beroepen op de vernietigingsgronden als bedoeld in de artikelen 44 lid 3 van Boek 3 en 228 van Boek 6.

Wat voor nieuws brengt 7.17.1.4 (7:928)?

1. Onder het oude recht (artikel 251 Wetboek van Koophandel) was elke verzekeringsovereenkomst vernietigbaar, als verzekeringnemer bij het sluiten ervan onjuiste of onvolledige antwoorden had gegeven. Onder het nieuwe recht is het accent verlegd van de sanctie op 'verzwijging' naar het beschrijven van de mededelingsplicht. In vele jaren rechtspraak is de omvang van die mededelingsplicht ingevuld en die is thans in artikel 7.17.1.4 (7:928) wettelijk vastgelegd (codificatie van de jurisprudentie).
2. Verzekeringnemer moet vóór het sluiten van de verzekering alle feiten meedelen die hij kent of behoort te kennen en waarvan hij weet of behoort te begrijpen dat die van belang (kunnen) zijn voor de acceptatiebeslissing van de verzekeraar (lid1). Dat betekent dat het aanvraagformulier zo duidelijk moet

worden opgesteld, dat het geen misverstanden kan geven. Daarom moet verzekeringnemer ook duidelijk gewezen worden op de noodzaak van het juist en volledig invullen van het aanvraagformulier.

3. De mededelingsplicht geldt ook voor feiten die bekend zijn bij een derde, wiens belangen worden meeverzekerd (lid 2). Bij persoonsverzekeringen geldt deze verruimde mededelingsplicht alleen voor derden van zestien jaar en ouder (lid 3).
4. De verzekeringnemer hoeft geen feiten mee te delen die niet tot ongunstiger voorwaarden zouden hebben geleid. Hij hoeft ook geen feiten mee te delen die de verzekeraar al kent of behoort te kennen, maar als de verzekeraar daar toch naar vraagt, moet hij wel juist en volledig antwoorden. Een gestelde vraag, waarvan het antwoord al bij de verzekeraar bekend wordt verondersteld, moet dus wel volledig beantwoord worden (lid 4).
5. Met betrekking tot een strafrechtelijk verleden mag alleen naar feiten gevraagd worden die zijn voorgevallen binnen 8 jaar voorafgaande aan het sluiten van de verzekering. Deze vraag moet in niet voor misverstand vatbare termen gesteld worden (lid 5).
6. Als de verzekeraar een vragenlijst hanteert, kan hij zich niet beroepen op het niet beantwoorden van wel gestelde vragen of op het niet volledig beantwoorden van een in algemene termen gestelde vraag, en ook niet op het niet melden van feiten waarnaar niet is gevraagd, tenzij hij met opzet is misleid (lid 6).
7. Het artikel over de mededelingsplicht is alleen voor consumenten van dwingend recht, zodat overwogen kan worden in het aanvraagformulier voor bedrijven wel een algemene slotvraag op te nemen.

Bijzonderheden bij beursverzekeringen

Op de beurs komen verzekeringen veelal zonder ondertekend aanvraagformulier tot stand, althans in de branches Brand, Transport en Technische Verzekeringen, waaronder CAR-verzekeringen. Beursverzekeraars laten zich over het te verzekeren risico doorgaans informeren door middel van inspectierapporten en door informatie die de makelaar over het risico geeft (z.g. underwriting information). In de beurstekening rust de mededelingsplicht in de praktijk dus op de makelaar en dat betekent weer dat een onjuiste of onware opgave van de makelaar er toe kan leiden dat verzekeraars met succes een beroep op ontbreken van dekking tegenover de verzekerde kan doen.¹

Property en marine

Bij het accepteren van property- en marineverzekeringen op de beurs wordt, in tegenstelling tot de provincie, geen aandacht besteed aan het morele risico van bestuurders, commissarissen of aandeelhouders van de rechtspersoon. Dat wekt in zoverre verbazing dat ook voor beursposten kan gelden dat een strafrechtelijk verleden van bestuurders (bijv. een veroordeling wegens fraude of oplichting) een verhoogde kans op schade door opzet, roekeloosheid of merkelijke schuld van de bestuurder kan meebrengen en dus een verhoogde kans op een uitkering door verzekeraars, als die opzet, roekeloosheid of merkelijke schuld niet kan worden bewezen. Daarnaast is denkbaar dat bestuurders met een strafblad het minder nauw nemen met bijv. veiligheidsvoorschriften waardoor de kans op schade eveneens kan toenemen. Om die redenen valt het goed te rechtvaardigen dat beursverzekeraars via de makelaar ook

¹ Vergelijk J.G.C. Kamphuisen, De opdracht aan de assurantietussenpersoon, 1994, pag. 31: "Anderzijds is de verzekeraar, zeker in het beurscircuit, bij de beoordeling van het risico afhankelijk van hetgeen de tussenpersoon hem daarover meedeelt. Wanneer de tussenpersoon, zonder dat de cliënt daarvan weet, essentiële informatie die hij van de cliënt heeft gekregen of die hij op grond van zijn vakkennis aan de aspirant-verzekerde had moeten vragen, niet vermeldt, dan zal de verzekering wegens verzwijging aangetast kunnen worden."

informatie verkrijgen over het strafrechtelijke verleden van bestuurders door middel van een door de rechtspersoon zelf ondertekende verklaring.

Liability en ongevallen

Aansprakelijkheidsverzekeringen, die via de beurs op makelaarscondities worden gesloten komen veelal wel op basis van een aanvraagformulier tot stand. In vele aanvraagformulieren voor aansprakelijkheidsverzekeringen wordt echter geen informatie gevraagd over de bestuurders van de rechtspersoon, met uitzondering van de D&O verzekering en de beroepsaansprakelijkheidsverzekering. In aanvraagformulieren voor de beroepsaansprakelijkheid is soms een vraag opgenomen naar het strafrechtelijk verleden van “verzekerden” .

Dat neemt niet weg dat voor deze verzekeringen een modelaanvraagformulier wel toegevoegde waarde zou kunnen hebben, zij het niet voor alle verzekerden, met name niet bij de zeer grote ondernemingen met vele dochterondernemingen en ondernemingen die hun aansprakelijkheid hebben verzekerd op een internationaal verzekeringsprogramma. Hetzelfde geldt voor collectieve ongevallenverzekeringen voor bedrijven.

Overgangsrecht?

Voor de artikelen 7.17.1.4 en 7.17.1.6a geldt uitgestelde werking. Artikelen 7.17.1.4 – 7.17.1.6a zijn van toepassing op na in werking treden van de wet **GESLOTEN** verzekeringen. Voor de artikelen 7.17.1.5 en 7.17.1.6 (rechtsgevolgen/sancties in geval van niet nakomen van de mededelingsplicht) geldt uitgestelde werking, maar in beperkte mate. De rechtsgevolgen/sancties van het oude recht blijven van kracht voor lopende polissen indien de verzekeraar zich tegenover de verzekerde binnen een jaar nadat het tijdstip van in werking treden van de nieuwe wet is verstreken erop beroept dat aan de mededelingsplicht van artikel 251 K niet is voldaan.

N.B.: Dit betekent dus dat het oude recht voor wat betreft de omvang en de sancties van de mededelingsplicht ook van toepassing blijft op nieuwe verzekeringen die op of na 1 januari 2006 ingaan, maar voor die datum zijn aangegaan.

Wat betekent dit voor aanvraagformulieren?

Modelteksten m.b.t. aanvraagformulieren voor bedrijven voor aansprakelijkheidsverzekeringen en voor persoonsverzekeringen, zoals collectieve ongevallenverzekeringen, volgen hieronder. De teksten behelzen een toelichting op de reikwijdte van de mededelingsplicht en de vraag naar het strafrechtelijk verleden.

Aanvraagformulier beursaansprakelijkheidsverzekering voor bedrijven

Belangrijk: toelichting op de reikwijdte van de mededelingsplicht

1. Als aanvrager/kandidaat-verzekeringnemer bent u verplicht de gestelde vragen in dit aanvraagformulier zo volledig mogelijk te beantwoorden. Dit geldt ook voor feiten en omstandigheden die betrekking hebben op een bij het sluiten van deze verzekering bekende derde, wiens belangen worden meeverzekerd. Bij de beantwoording is bovendien niet alleen de eigen wetenschap van de aanvrager bepalend, maar ook die van de andere belanghebbenden bij deze verzekering. Vragen waarvan u het antwoord al bij de verzekeraar bekend veronderstelt, moet u toch zo volledig mogelijk beantwoorden.

1. Indien u niet volledig aan uw mededelingsplicht heeft voldaan, kan zulks ertoe leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt. Indien u met opzet tot misleiden van de verzekeraar heeft gehandeld of deze bij kennis omtrent de ware stand van zaken de verzekering nimmer zou hebben gesloten, heeft hij tevens het recht de verzekering op te zeggen.
2. Indien deze verzekering wordt aangevraagd mede ten behoeve van een maatschap, een vennootschap onder firma of een rechtspersoon, dan gelden de vragen die gericht zijn op het schadeverleden, opgezegde verzekeringen, het strafrechtelijk verleden en de slotvraag, ook voor:
 - de leden van de maatschap;
 - de (commanditaire) vennoten van de vennootschap onder firma (VOF);
 - de statutair directeur(en)/bestuurder(s) van de rechtspersoon;
 - de aandeelhouder(s) met een belang van 33,3% of meer en – zo deze zelf een rechtspersoon is (zijn) – hun statutair directeur(en)/bestuurder(s) [en aandeelhouder(s) met een belang van 33,3% of meer].
3. Feiten en omstandigheden die u bekend worden nadat u deze aanvraag heeft ingezonden, maar voordat de verzekeraar u heeft bericht over zijn definitieve beslissing het door u ter verzekeringaangeboden risico al dan niet te verzekeren, moet u alsnog aan de verzekeraar mededelen, indien deze vallen onder de vraagstelling in het aanvraagformulier dat u, tezamen met de op de aangevraagde verzekeringsdekking van toepassing zijnde voorwaarden van verzekering, in tweevoud ter hand is gesteld.
4. In afwijking van het bepaalde in artikel 7.17.1.4 (7:928), lid 6, BW gelden ten aanzien van de mededelingsplicht voor deze verzekering bovendien de volgende uitgangspunten:
 - een niet beantwoorde of open gelaten vraag wordt geacht ontkennend te zijn beantwoord;
 - de slotvraag dient volledig te worden beantwoord. De slotvraag wordt geacht onvolledig te zijn beantwoord, indien daarbij feiten en omstandigheden zijn verzwegen of verkeerd voorgesteld waarvan aanvrager, bij voorbeeld op grond van de overige op het aanvraagformulier gestelde vragen en/of de aard van de aangevraagde verzekering in relatie tot hetgeen niet is opgegeven of verkeerd is voorgesteld, in redelijkheid moest begrijpen dat deze voor de beoordeling van het ter verzekering aangeboden risico van belang konden zijn.

Verzekeringnemer

Naam bedrijf

.....

Gegevens statutaire directeur(en)/bestuurder(s), firmanten, maatschapsleden, eigenaar(s)/aandeelhouder(s) met een belang van 33,3% of meer, en – zo deze zelf een rechtspersoon is (zijn) – hun statutaire directeur(en)/bestuurder(s) [en aandeelhouder(s) met een belang van 33,3% of meer]:

	Naam en voorletters	privé-adres	geb. datum	nationaliteit	functie
1.
2.

Strafrechtelijk verleden (zie ook de toelichting op de reikwijdte van de mededelingsplicht)

Bent u of een andere belanghebbende bij deze verzekering, in de laatste acht jaar, als verdachte of ter uitvoering van een opgelegde (straf)maatregel, in aanraking geweest met politie of justitie in verband met:

- wederrechtelijk verkregen of te verkrijgen voordeel, zoals diefstal, verduistering, bedrog oplichting, valsheid in geschrifte of poging(en) daartoe;
- wederrechtelijke benadeling van anderen, zoals vernieling of beschadiging, mishandeling, afpersing en afdreiging of enig misdrijf gericht tegen de persoonlijke vrijheid of tegen het leven of poging(en) daartoe;
- overtreding van de Wet wapens en munitie, de Opiumwet, de Wet economische delicten?²

Zo ja, geef dan aan om welk strafbaar feit het ging, of het tot een rechtszaak is gekomen, wat het resultaat daarvan was en of eventuele (straf)maatregelen al ten uitvoer zijn gelegd. Indien het niet tot een rechtszaak is gekomen, geef dan aan of er sprake is geweest van een schikking met het Openbaar Ministerie, en zo ja, tegen welke voorwaarden de schikking tot stand kwam. (U kunt deze informatie desgewenst vertrouwelijk aan de directie zenden.)

Let op: indien de kandidaat-verzekeringnemer een rechtspersoon, maatschap of (commanditaire) vennootschap onder firma is, geldt deze vraag ook voor de in de toelichting onder punt 2 omschreven personen.

Algemene slotvraag en ondertekening (zie ook de toelichting op de reikwijdte van de mededelingsplicht)

Beschikt u of een andere belanghebbende bij deze verzekering nog over informatie die voor de beoordeling van deze verzekeringsaanvraag voor de maatschappij van belang kan zijn, en die niet bij de beantwoording van een van de voorgaande vragen is verstrekt? Zo ja, welke informatie is dat?

Belangrijk: lees voor de ondertekening van dit aanvraagformulier de toelichting op de reikwijdte van de mededelingsplicht boven aan het aanvraagformulier.

Door ondertekening van dit aanvraagformulier verklaart de aanvrager/kandidaatverzekeringnemer dat hij een verzekering wil sluiten tegen de in de bijgevoegde voorwaarden van verzekering omschreven dekking, en dat hij akkoord gaat met de toepasselijkheid van de daarbij behorende, en daarmee een geheel vormende, voorwaarden van verzekering.

Dit formulier is naar waarheid ingevuld en ondertekend door(naam),(functie), die bevoegd is de kandidaat-verzekeringnemer in deze te vertegenwoordigen.

.....

(handtekening)

² De hier genoemde delicten zijn voorbeelden. Deze kunnen desgewenst worden aangevuld of vervangen door andere delicten, afhankelijk van de soort verzekering en het beleid van de verzekeraar.

Aanvraagformulier collectieve beursongevallenverzekering voor bedrijven

Belangrijk: toelichting op de reikwijdte van de mededelingsplicht

1. Als aanvrager/kandidaat-verzekeringnemer bent u verplicht de gestelde vragen in dit aanvraagformulier zo volledig mogelijk te beantwoorden. Dit geldt ook voor feiten en omstandigheden die betrekking hebben op een bij het sluiten van deze verzekering bekende derde, wiens belangen worden meeverzekerd en die de leeftijd van zestien jaren heeft bereikt. Bij de beantwoording is bovendien niet alleen de eigen wetenschap van de aanvrager bepalend, maar ook die van de andere belanghebbenden bij deze verzekering. Vragen waarvan u het antwoord al bij de verzekeraar bekend veronderstelt, moet u toch zo volledig mogelijk beantwoorden.
Indien u niet volledig aan uw mededelingsplicht heeft voldaan, kan zulks ertoe leiden dat het recht op uitkering wordt beperkt of zelfs vervalt. Indien u met opzet tot misleiden van de verzekeraar heeft gehandeld of deze bij kennis omtrent de ware stand van zaken de verzekering nimmer zou hebben gesloten, heeft hij tevens het recht de verzekering op te zeggen.
 2. Indien deze verzekering wordt aangevraagd mede ten behoeve van een maatschap, een vennootschap onder firma of een rechtspersoon, dan gelden de vragen die gericht zijn op het schadeverleden, opgezegde verzekeringen, het strafrechtelijk verleden en de slotvraag, ook voor:
 - de leden van de maatschap;
 - de (commanditaire) vennoten van de vennootschap onder firma (VOF);
 - de statutaire directeur(en)/bestuurder(s) van de rechtspersoon;
 - de aandeelhouder(s) met een belang van 33,3% of meer en – zo deze zelf een rechtspersoon is (zijn) – hun statutair directeur(en)/bestuurder(s) [en aandeelhouder(s) met een belang van 33,3%]
 3. Feiten en omstandigheden die u bekend worden nadat u deze aanvraag heeft ingezonden, maar voordat de verzekeraar u heeft bericht over zijn definitieve beslissing het door u ter verzekering aangeboden risico al dan niet te verzekeren, moet u alsnog aan de verzekeraar mededelen, indien deze vallen onder de vraagstelling in het aanvraagformulier dat u, tezamen met de op de aangevraagde verzekeringsdekking van toepassing zijnde voorwaarden van verzekering, in tweevoud ter hand is gesteld.
 4. In afwijking van het bepaalde in artikel 7.17.1.4 (7:928), lid 6, BW gelden ten aanzien van de mededelingsplicht voor deze verzekering bovendien de volgende uitgangspunten:
 - een niet beantwoorde of open gelaten vraag wordt geacht ontkennend te zijn beantwoord;
 - de slotvraag dient volledig te worden beantwoord. De slotvraag wordt geacht onvolledig te zijn beantwoord, indien daarbij feiten en omstandigheden zijn verzwegen of verkeerd voorgesteld, waarvan aanvrager, bij voorbeeld op grond van de overige op het aanvraagformulier gestelde vragen en/of de aard van de aangevraagde verzekering in relatie tot hetgeen niet is opgegeven of verkeerd is voorgesteld, in redelijkheid moest begrijpen dat deze voor de beoordeling van het ter verzekering aangeboden risico van belang konden zijn.
-

Verzekeringnemer

Naam bedrijf

.....

Gegevens statutaire directeur(en)/bestuurder(s), firmanten, maatschapsleden, eigenaar(s)/ aandeelhouder(s) met een belang van 33,3 % of meer, en – zo deze zelf een rechtspersoon is (zijn) – hun statutaire directeur(en)/bestuurder(s) [en aandeelhouder(s) met een belang van 33,3 % of meer]:

Naam en voorletters	privé-adres	geb. datum	nationaliteit	functie
1.
2.

Strafrechtelijk verleden (zie ook de toelichting op de reikwijdte van de mededelingsplicht)

Bent u, of een andere belanghebbende bij deze verzekering, in de laatste acht jaar, als verdachte of ter uitvoering van een opgelegde (straf)maatregel, in aanraking geweest met politie of justitie in verband met:

- wederrechtelijk verkregen of te verkrijgen voordeel, zoals diefstal, verduistering, bedrog oplichting, valsheid in geschrifte of poging(en) daartoe;
- wederrechtelijke benadeling van anderen, zoals vernieling of beschadiging, mishandeling, afpersing en afdreiging of enig misdrijf gericht tegen de persoonlijke vrijheid of tegen het leven of poging(en) daartoe;
- overtreding van de Wet wapens en munitie, de opiumwet, de Wet economische delicten?³

Zo ja, geef dan aan om welk strafbaar feit het ging, of het tot een rechtszaak is gekomen, wat het resultaat daarvan was en of eventuele (straf)maatregelen al ten uitvoer zijn gelegd. Indien het niet tot een rechtszaak is gekomen, geef dan aan of er sprake is geweest van een schikking met het Openbaar Ministerie, en zo ja, tegen welke voorwaarden de schikking tot stand kwam. (U kunt deze informatie desgewenst vertrouwelijk aan de directie zenden.)

Let op: indien de kandidaat-verzekeringnemer een rechtspersoon, maatschap of (commanditaire) vennootschap onder firma is, geldt deze vraag ook voor de in de toelichting onder punt 2 omschreven personen.

Algemene slotvraag en ondertekening (zie ook de toelichting op de reikwijdte van de mededelingsplicht)

Beschikt u of een andere belanghebbende bij deze verzekering nog over informatie die voor de beoordeling van deze verzekeringsaanvraag voor de maatschappij van belang kan zijn, en die niet bij de beantwoording van een van de voorgaande vragen is verstrekt? Zo ja, welke informatie is dat?

³ De hier genoemde delicten zijn voorbeelden. Deze kunnen desgewenst worden aangevuld of vervangen door andere delicten, afhankelijk van de soort verzekering en het beleid van de verzekeraar.

Belangrijk: lees voor de ondertekening van dit aanvraagformulier de toelichting op de reikwijdte van de mededelingsplicht, boven aan het aanvraagformulier.

Door ondertekening van dit aanvraagformulier verklaart de aanvrager/kandidaatverzekeringnemer dat hij een verzekering wil sluiten tegen de in de bijgevoegde voorwaarden van verzekering omschreven dekking, en dat hij akkoord gaat met de toepasselijkheid van de daarbij behorende, en daarmee een geheel vormende, voorwaarden van verzekering.

Dit formulier is naar waarheid ingevuld en ondertekend door(naam),(functie), die bevoegd is kandidaat-verzekeringnemer in deze te vertegenwoordigen.

.....

(handtekening)

ARTIKEL 7.17.1.9 (7:933) MEDEDELINGEN VERZEKERAAR

Wettekst

1. Alle mededelingen waartoe de bepalingen van deze titel of de overeenkomst de verzekeraar aanleiding geven, geschieden schriftelijk. De verzekeraar kan zich daarbij houden aan de laatste hem bekende woonplaats van de geadresseerde.
2. Bij algemene maatregel van bestuur kunnen van lid 1 afwijkende regels worden gesteld ten aanzien van de verzending van mededelingen langs elektronische weg.

Wat voor nieuws brengt 7.17.1.9 (7:933)?

De eerste zin van artikel 7.17.1.9 (7:933) bevat dwingend recht (art 7.17.1.16 lid 2 of 7:943 lid 2) en schrijft ook voor zakelijke verzekeringen dwingend voor dat verzekeraars mededelingen over de verzekering schriftelijk moeten doen. Naar aanleiding hiervan is de vraag gerezen of de zogenaamde mededelingenclausule of adresclausule in de beursvoorwaarden, waarin de schriftelijke vorm van de mededelingen niet tot uitdrukking is gebracht, moet worden aangepast. Aangezien het mededelingenverkeer tussen verzekeraars en makelaars in de praktijk doorgaans elektronisch verloopt, verdraagt het schriftelijk vereiste zich niet met de beurspraktijk en lijkt het aangewezen het vereiste niet expliciet in de mededelingenclausule op te nemen. Dat betekent dat het aan het oordeel van de rechter zal worden overgelaten of het bepaalde in het artikel aan de geldigheid van een elektronische mededeling door verzekeraar aan de makelaar in de weg staat. Daarbij kan mogelijk een rol spelen dat het bij beursverzekeringen standaard om zakelijke verzekeringen gaat gesloten op makelaarscondities waarbij de makelaar als geadresseerde voor verzekerden is aangewezen.

Overgangsrecht?

Directe werking

Wat betekent dit voor de beursvoorwaarden?

Het artikel heeft gevolgen voor de geldigheid van door verzekeraar elektronisch gedane mededelingen aangaande de verzekeringsovereenkomst.⁴

Modeltekst

Mededelingen

Verzekeraars en verzekerde(n) kunnen alle voor elkaar bestemde mededelingen rechtsgeldig aan de makelaar doen.

Alle mededelingen van de makelaar aan verzekerde(n) kunnen rechtsgeldig geschieden aan het laatste aan hem bekend gemaakte adres van de op het polisblad vermelde verzekerde(n).

Uit de nota van de Minister d.d. 12.7.2005 naar aanleiding van het kamerverslag blijkt dat in overleg met onder meer het Verbond van Verzekeraars onderzocht zal worden welke mededelingen ten gevolge van lid 2. elektronisch gedaan mogen worden. Het zal niet om mededelingen van wezenlijk belang gaan.

ARTIKEL 7.17.1.10 (7:934) VERZUIM VAN PREMIEBETALING (VOOR ZAKELIJKE POLISSEN ZONDER VNAB PREMIEBETALINGSCLAUSULE)

Wettekst

Het niet nakomen van de verplichting tot betaling van de vervolgpremie kan eerst leiden tot beëindiging of schorsing van de verzekeringsovereenkomst of de dekking, nadat de schuldenaar na de vervaldag onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, aanvangende de dag na aanmaning. De eerste zin geldt niet voor het geval bedoeld in artikel 83, onder c, van Boek 6.

Wat voor nieuws brengt 7.17.1.10 (7:934)?

Artikel 7.17.1.10 (7:934) maakt onderscheid tussen de aanvangspremie en de vervolgpremie. Voor de vervolgpremie geeft art. 7.17.1.10 (7:934) een van art. 6:83 sub a BW afwijkende regeling (niet dus van art. 6:83 sub c; de weigering tot betaling). Die regeling houdt in dat ondanks het in verzuim zijn van de verzekeringnemer, de verzekeraar zich niet eerder op schorsing van de dekking kan beroepen dan met ingang van de 15e dag nadat hij na de vervaldag de verzekeringnemer vruchteloos heeft aangemaand. Bij handhaving van de huidige respijttermijn in de meeste polisvoorwaarden van 30 dagen na de vervaldag, kunnen, indien tijdig na de vervaldag wordt aangemaand, verzuimdag en ingangsdatum van de schorsing samenvallen. Aanmaningen op de premienota of andere aanmaningen vóór de vervaldag hebben geen betekenis meer voor de schorsende werking. Een aparte aanmaning na de vervaldag is voor een beroep op beëindiging of schorsing van de verzekeringsovereenkomst noodzakelijk. Vanaf de vervaldag, althans vanaf de verzuimdag als deze later is, kunnen wel wettelijke rente en incassokosten in rekening worden gebracht.

⁴ Op 27 juni 2005 heeft het Verbond van Verzekeraars de Tweede Kamer laten weten in het huidige elektronische tijdperk moeite te hebben met de dwingende voorwaarde dat alle mededelingen van verzekeraars aangaande de verzekeringsovereenkomst schriftelijk moeten gebeuren.

Artikel 7.17.1.10 (7:934) schenkt niet uitdrukkelijk aandacht aan de premie die de verzekeringnemer bij stilzwijgende verlenging van de verzekering verschuldigd wordt. Ook wordt geen aandacht geschonken aan de premie die de verzekeringnemer bij een tussentijdse wijziging van de verzekering verschuldigd wordt. De onderstaande modelteksten doen dat wel.

Van artikel 7.17.1.10 (7:934) kan niet ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde worden afgeweken, indien de verzekeringnemer als particulier optreedt. Voor de zakelijke markt kan dus van 7.17.1.10 (7:934) worden afgeweken. Niettemin zijn de teksten bruikbaar voor zowel de consumentenverzekeringen als de zakelijke markt.

Overgangsrecht?

Directe werking (gold ook al op grond van jurisprudentie Raad van Toezicht Verzekeringen).

Wat betekent dit voor de polisvoorwaarden?

Hieronder een modeltekst die de voorschriften van artikel 7.17.1.10 (7:934) en de huidige opvattingen van de Raad van Toezicht Verzekeringen adequaat weergeeft. Deze tekst kan zonder bezwaar al voor de inwerkingtreding van titel 7.17 in de polisvoorwaarden worden opgenomen.

Modeltekst

Verzuim van premiebetaling; verzekeringen algemeen

1. De verzekeringnemer dient de premie, daaronder begrepen de kosten en de assurantiebelasting, vooruit te betalen op de premievervaldatum.
2. Indien de verzekeringnemer de aanvangspremie niet uiterlijk op de dertigste dag na ontvangst van het betalingsverzoek betaalt of weigert te betalen, wordt zonder dat een nadere ingebrekestelling door de verzekeraar is vereist geen dekking verleend ten aanzien van alle gebeurtenissen die nadien hebben plaatsgevonden.
3. Indien de verzekeringnemer de vervolgpremie weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van gebeurtenissen die nadien hebben plaatsgevonden.
4. Indien de verzekeringnemer de vervolgpremie niet tijdig betaalt, wordt geen dekking verleend ten aanzien van gebeurtenissen die hebben plaatsgevonden vanaf de vijftiende dag nadat de verzekeraar de verzekeringnemer na de vervaldag schriftelijk heeft aangemaand en betaling is uitgebleven.
5. De verzekeringnemer blijft gehouden de premie te voldoen.
6. De dekking wordt weer van kracht voor gebeurtenissen die hebben plaatsgevonden na de dag waarop hetgeen de verzekeringnemer verschuldigd is, voor het geheel door de verzekeraar is ontvangen. In geval van overeengekomen termijnbetalingen geldt dat de dekking eerst in kracht wordt hersteld nadat alle onbetaald gebleven termijnen zijn voldaan.
7. Onder vervolgpremie wordt mede verstaan de premie die de verzekeringnemer bij stilzwijgende verlenging van de verzekering verschuldigd wordt.
8. Onder aanvangspremie wordt mede verstaan de premie die de verzekeringnemer in verband met een tussentijdse wijziging van de verzekering verschuldigd wordt.

Verzuim van premiebetaling bij claims made-verzekeringen

1. De verzekeringnemer dient de premie, daaronder begrepen de kosten en de assurantiebelasting, vooruit te betalen op de premievervaldatum.
2. Indien de verzekeringnemer de aanvangspremie niet uiterlijk op de dertigste dag na ontvangst van het betalingsverzoek betaalt of weigert te betalen, wordt zonder dat een nadere ingebrekestelling door de verzekeraar is vereist geen dekking verleend ten aanzien van aanspraken die voortvloeien uit een handelen of nalaten dat nadien heeft plaatsgevonden.
3. Indien de verzekeringnemer de vervolgpremie weigert te betalen, wordt geen dekking verleend ten aanzien van aanspraken die voortvloeien uit een handelen of nalaten dat nadien heeft plaatsgevonden.
4. Indien de verzekeringnemer de vervolgpremie niet tijdig betaalt, wordt geen dekking verleend ten aanzien van aanspraken die voortvloeien uit een handelen of nalaten dat heeft plaatsgevonden vanaf de vijftiende dag nadat de verzekeraar de verzekeringnemer na de vervaldag schriftelijk heeft aangemaand en betaling is uitgebleven.
5. De verzekeringnemer blijft gehouden de premie te voldoen.
6. De dekking wordt weer van kracht voor aanspraken die voortvloeien uit een handelen of nalaten dat heeft plaatsgevonden na de dag waarop hetgeen de verzekeringnemer verschuldigd is, voor het geheel door de verzekeraar is ontvangen. In geval van overeengekomen termijnbetalingen geldt dat de dekking eerst in kracht wordt hersteld nadat alle onbetaald gebleven termijnen zijn voldaan.
7. Onder vervolgpremie wordt mede verstaan de premie die de verzekeringnemer bij stilzwijgende verlenging van de verzekering verschuldigd wordt.
8. Onder aanvangspremie wordt mede verstaan de premie die de verzekeringnemer in verband meteen tussentijdse wijziging van de verzekering verschuldigd wordt.

Zakelijke verzekeringen

De teksten zijn bruikbaar voor zowel de consumentenverzekeringen als de zakelijke markt. Er wordt op gewezen dat voor de zakelijke markt gekozen kan worden voor een andere clausule omdat in dat geval geen sprake is van dwingend recht en er dus geen extra aanmaning de deur uit hoeft als bedoeld in artikel 7.17.1.10 (7:934).

ARTIKEL 7.17.1.11 (7:936) PREMIE- EN SCHADEBETALINGSCLAUSULE

Wettekst

1. Heeft een tussenpersoon zich bij de verzekeringsovereenkomst tegenover de verzekeraar tot betaling van premie en kosten als eigen schuld verbonden, dan is de verzekeringnemer jegens de verzekeraar gekweten voor zover de premie en kosten voor rekening van de tussenpersoon zijn gekomen of aan deze zijn voldaan. De verzekeringnemer is tot vergoeding van die premie en kosten aan de tussenpersoon gehouden.
2. Is een uitkering verschuldigd geworden, dan is de verzekeraar desverlangd, ongeacht rechten van derden, gehouden daarvan aan de tussenpersoon zoveel af te dragen als deze ingevolge het in lid 1. bepaalde van de verzekeringnemer heeft te vorderen. Is de verzekeringnemer krachtens de verzekeringsovereenkomst tot de uitkering gerechtigd, dan heeft de verzekeraar een zelfde verplichting ten aanzien van andere verzekeringen waarbij dezelfde nemer en dezelfde tussenpersoon zijn betrokken
3. De verzekeraar die voornemens is een uitkering te doen aan een ander dan de tussenpersoon, verzoekt deze laatste om binnen tien dagen het bedrag op te geven, dat deze ingevolge lid 1 van de verzekeringnemer heeft te vorderen. Indien de tussenpersoon daaraan gevolg geeft, draagt de verzekeraar voor zoveel mogelijk het opgegeven bedrag aan hem af. Heeft de verzekeraar hieraan voldaan of heeft de

tussenpersoon binnen de gestelde termijn niets opgegeven, dan staat het de verzekeraar vrij aan de ander de nog verschuldigde uitkering te doen

4. De leden 2 en 3 missen toepassing:
 - a) bij verzekeringen die aan toonder of order zijn gesteld, tenzij de verzekeringnemer tot de uitkering is gerechtigd
 - b) bij verplichte aansprakelijkheidsverzekering
5. Het in lid 2, tweede zin, bepaalde mist bovendien toepassing:
 - a) indien op het recht op uitkering een pandrecht rust als bedoeld in art 229 van Boek 3, of een voorrecht als bedoeld in artikel 283 van Boek 3;
 - b) Bij onverplichte verzekering tegen aansprakelijkheid
6. Wanneer de tussenpersoon de uitkering namens de tot uitkering gerechtigde in ontvangst neemt, is hij bevoegd om de vergoeding als bedoeld in lid 1, tweede zin, te verrekenen met hetgeen hij aan de tot uitkering gerechtigde schuldig is tot het bedrag van zijn uit de leden 2, 4 en 5 voortvloeiende aanspraken

Aanvullende bepaling met betrekking tot het doen van schade uitkeringen aan de tussenpersoon.

7.17.1.11A KWIJTING VERZEKERAAR

De verzekeraar die een uitkering doet aan de tussenpersoon, is jegens de tot uitkering gerechtigde gekweten voor zover hetgeen hij aan de tot uitkering gerechtigde verschuldigd is, aan deze laatste is voldaan, doch in ieder geval voor zover de tot uitkering gerechtigde door de betaling aan de tussenpersoon is gebaat.

Wat voor nieuws brengen 7.17.1.11 (7:936) en 7.17.1.11a (7:936a)?

Naar huidig recht kan verzekeraar bedingen dat hij door betaling van de verschuldigde uitkering aan de tussenpersoon/makelaar, tegenover de rechthebbende op de schadepeningen is gekweten. Dat staat ook in de standaard schadebetalingsclausule van de VNAB, zij het onder de voorwaarde dat verzekeraar een eventueel tekort op de rekening courant met de tussenpersoon heeft aangezuiverd. Met het in werking treden van artikel 7:936a BW kan dat niet meer, omdat het artikel ook voor uitkeringen uit hoofde van zakelijke verzekeringen dwingend voorschrijft dat verzekeraar tegenover de rechthebbende eerst is gekweten nadat de tussenpersoon de uitkering aan deze heeft voldaan.

Volgens de Memorie van Toelichting geldt het artikel ook in de situatie waarin de polisvoorwaarden het aan de (beurs)verzekeraar toestaan de verschuldigde uitkering aan de tussenpersoon (makelaar) te voldoen. Ook dan is de (beurs)verzekeraar pas tegenover de tot uitkering gerechtigde gekweten nadat de uitkering door de makelaar en in voorkomend geval, door de tweede tussenpersoon aan de tot uitkering gerechtigde is voldaan.

Als gevolg van het nieuwe voorschrift komt het risico van het uitblijven van doorbetaling door de makelaar of de tweede tussenpersoon, straks bij verzekeraars te rusten met als gevolg dat verzekeraars door de rechthebbende op de schadepeningen nogmaals tot betaling van de uitkering kunnen worden aangesproken en dat verzekeraars dan dus tweemaal uitkering moeten doen.

Het lijkt redelijk te bedingen dat verzekeraars in dat geval een vordering op de makelaar krijgen en dat de aangesproken placing broker vervolgens een vordering krijgt op de tweede tussenpersoon indien de doorbetaling aan de rechthebbende door toedoen van laatstgenoemde is uitgebleven.

Nieuw is ook het bepaalde in de leden 4 en 5 van artikel 7:936 waarin een aantal dwingendrechtelijke uitzonderingen zijn opgenomen op de algemene bevoegdheid van de makelaar in lid 3 om op de schadeuitkeringen en premierestituties die hij aan de rechthebbende moet doorbetalen, in mindering te brengen al hetgeen de verzekeringnemer aan de makelaar uit hoofde van welke verzekering dan ook verschuldigd is, dus ook bij voorbeeld achterstallige premiebetalingen uit hoofde van andere verzekeringen dan de verzekering waarop de schade is gevallen.

Lid 4 schrijft dwingend voor dat de makelaar geen enkele verrekeningsbevoegdheid heeft bij polissen die aan toonder zijn gesteld (tenzij de verzekeringnemer zelf rechthebbende is op de uitkering) en bij verplichte aansprakelijkheidsverzekeringen.

Lid 5 tenslotte beperkt de verrekeningsbevoegdheid in de situatie waarin op het recht op uitkering een pandrecht rust of een voorrecht of waarin uitkering moet worden gedaan op een onverplichte aansprakelijkheidsverzekering. In die gevallen mag de makelaar wel verrekenen maar uitsluitend met hetgeen de verzekeringnemer verschuldigd is uit hoofde van de verzekering waarop de uitkering wordt gedaan.

Overgangsrecht?

Uitgestelde werking voor artikel 7.17.1.11 (7:936) leden 2 t/m 6 en voor artikel 7.17.11a (7:936a)

Wat betekent dit voor de polisvoorwaarden?

De huidige standaard premie- en schadebetalingsclausule van de VNAB is voor wat betreft het onderdeel dat gaat over schadebetaling, ten dele in strijd met de dwingendrechtelijke bepalingen van artikel 7:936a en 7:936 leden 4 en 5 en zal dus in overeenstemming moeten worden gebracht met deze wettelijke bepalingen. Dat resulteert in aanpassing van de clausule conform artikel 3 van de modeltekst.

Modeltekst

1. Begripsomschrijvingen

- 1.1 Onder "premie" wordt voor de toepassing van deze clausule mede verstaan de met de verzekering verband houdende overige verschuldigde bedragen.
- 1.2 Onder "verzekerde" wordt voor de toepassing van deze clausule mede verstaan verzekeringnemer alsmede ieder ander die de premie verschuldigd is.

2. Premie

- 2.1 De "makelaar", neemt op zich de premie als eigen schuld aan de verzekeraars te zullen voldoen op het moment dat deze krachtens de verzekeringsovereenkomst verschuldigd wordt door de verzekerde. Tenzij uitdrukkelijk anders is of wordt overeengekomen zal betaling van de premie door de makelaar plaatsvinden door creditering van verzekeraars in rekening-courant voor de krachtens de verzekeringsovereenkomst door de verzekerde verschuldigde premie, op welk moment de verzekerde jegens verzekeraars zal zijn gekweten.
- 2.2 Verzekerde is gehouden de premie aan de makelaar te vergoeden. Ingeval de verzekering via een tweede tussenpersoon is gesloten en de verzekerde aan deze tweede tussenpersoon heeft betaald, is de verzekerde door deze betaling tegenover de makelaar eerst gekweten, wanneer deze tweede tussenpersoon aan de makelaar de premie heeft vergoed.

- 2.3 Onverminderd de aansprakelijkheid van verzekerde tot betaling van de verschuldigde premie aan de makelaar, zal de verzekering slechts van kracht zijn voor de termijn waarvoor de premie aan de makelaar is betaald alsmede voor de termijn, waarvoor de makelaar verzekerde krediet heeft verleend. Verzekerde zal bij de interpretatie hiervan geacht worden krediet te hebben gehad, tenzij hem dit schriftelijk is opgezegd.
- 2.4 Door het tot stand komen van de verzekering is de makelaar door verzekerde onherroepelijk gemachtigd verzekeraars tussentijds van hun verplichtingen uit de verzekeringsovereenkomst te ontslaan indien de verzekerde of, ingeval de verzekering via een tweede tussenpersoon is gesloten, deze tweede tussenpersoon nalaat de premie aan de makelaar te voldoen. De makelaar zal verzekeraars niet van hun verplichtingen ontslaan zonder verzekerde vooraf schriftelijk van zijn voornemen in kennis te hebben gesteld.

3. Schade-uitkeringen en premierestituties

- 3.1 Tenzij de rechthebbende anders wenst en dit vooraf schriftelijk aan verzekeraars heeft medegedeeld zal de makelaar verzekeraars in rekening-courant voor de verschuldigde schadeuitkeringen en premierestituties debiteren. Verzekeraars zullen daardoor zijn gekwetst, zodra de schade-uitkering door de rechthebbende zal zijn ontvangen, respectievelijk met hem zal zijn verrekend in overeenstemming met de wet dan wel een tussen hem en de makelaar bestaande regeling.

Indien de verzekeraars de schadepeningen hebben betaald aan de makelaar en deze in gebreke blijft om deze aan de rechthebbende door te betalen, kunnen verzekeraars de schadepeningen van de makelaar terugvorderen indien zij tot hernieuwde betaling worden aangesproken door de rechthebbende. Indien de makelaar de van verzekeraars ontvangen schadepeningen heeft doorbetaald aan de tweede tussenpersoon, maar deze laatste in gebreke blijft voor doorbetaling zorg te dragen, zal de makelaar de schadepeningen van de tweede tussenpersoon kunnen terugvorderen indien hij hetzij door de rechthebbende wordt aangesproken tot rechtstreekse betaling, hetzij de verzekeraars die schadepeningen van de makelaar terugvorderen, zoals in dit lid voorzien.'

- 3.2 De makelaar zal de schade-uitkeringen en premierestituties aan de rechthebbende afdragen. De makelaar is evenwel tot niet meer gehouden dan tot betaling van het saldo dat resteert na verrekening van deze schade-uitkeringen en premierestituties met ten tijde van het ontstaan van de afdrachtverplichting al dan niet opeisbare doch reeds vaststaande vorderingen op verzekerde uit hoofde van welke verzekering ook. Deze verrekening zal evenwel niet plaatsvinden bij verzekeringen die aan toonder of order zijn gesteld, tenzij de verzekeringnemer tot de uitkering is gerechtigd en bij verplichte aansprakelijkheidsverzekeringen. Indien op het recht op uitkering een pandrecht rust als bedoeld in artikel 3:229 BW, ofwel een voorrecht als bedoeld in art 3:283 BW, alsook in geval van een onverplichte verzekering tegen aansprakelijkheid, zal de verrekening zich niet verder uitstrekken dan tot hetgeen de verzekeringnemer verschuldigd is ter zake van de verzekering waarop de uitkering wordt gedaan.

Wettekst

7.17.1.12 (7:938)

1. Behoudens het geval van opzet van de verzekeringnemer of de derde, bedoeld in artikel 4 lid 2 of lid 3 om de verzekeraar te misleiden is geen premie verschuldigd, indien in het geheel geen risico is gelopen. Indien over een vol verzekeringsjaar geen risico is gelopen, is over dat jaar geen premie verschuldigd. De verzekeraar heeft recht op een billijke vergoeding van de te zijnen laste gekomen kosten.
2. Gedurende één maand na afloop van een vol verzekeringsjaar waarin geen risico is gelopen, mag elke partij de overeenkomst met ingang van het nieuwe verzekeringsjaar opzeggen. Deze opzegging heeft geen rechtskracht, indien risico is gelopen tussen de aanvang van het nieuwe verzekeringsjaar en de opzegging.
3. Is slechts risico gelopen over een kleiner aantal zaken of een kleinere hoeveelheid dan was verzekerd, dan zijn de leden 1 en 2 van toepassing voorzover geen risico is gelopen.

7.17.1.12a (7:939)

Behalve bij opzegging wegens opzet de verzekeraar te misleiden, wordt bij tussentijdse opzegging de lopende premie naar billijkheid verminderd.

Wat voor nieuws brengen 7.17.1.12 (7:938) en 7.17.1.12a (7:939)?

Evenals onder het huidige recht (Hoge Raad 3 november 1989, NJ 1990, 78) bestaat ingevolge artikel 7.17.1.12 (7:938) bij gedeeltelijk verval naar tijd, geen recht op premierestitutie. Artikel 7.17.1.12 (7:938) behelst overigens regeland recht.

Een uitzondering op de regel dat gedeeltelijk verval naar tijd geen recht op premierestitutie geeft, vormt artikel 7.17.1.12a(7:939) (dwingend recht) in het geval van tussentijdse opzegging. Hierbij moet niet alleen gedacht worden aan tussentijdse opzegging krachtens de verzekeringsovereenkomst, maar ook aan tussentijdse opzegging krachtens de wet: artikel 7.17.1.5 (7:929), 7.17.2.5 (7:948), lid 2 en 7.17.2.5b (7:950)

De Memorie van Toelichting op artikel 7.17.1.12a (7:939) vermeldt voorts het volgende:

“Onder lopende premie is te verstaan de laatst vervallen (en veelal reeds betaalde) premie, die mede betrekking heeft op de perioden nadat de overeenkomst tussentijds is beëindigd. Deze lopende premie dient naar billijkheid te worden verminderd. Niet wordt voorgeschreven vermindering naar evenredigheid van de tijdsduur, waarvoor de verzekering vervalt. Bij de bepaling van de vermindering moet immers naast de tijd ook op andere factoren worden gelet, zoals op provisie en de administratiekosten, terwijl bij verzekering van objecten in aanbouw het tijdsverloop veelal geen uitgangspunt zal zijn.”

Het lijkt inderdaad redelijk bij premierestitutie een aftrek toe te passen in verband met provisie en administratiekosten. De wet laat alle ruimte dit te doen in de vorm van een percentage van de premie.⁵

Het rapport van de Verbondscommissie Standaardisatie Polisvoorwaarden particuliere schadeverzekering 1992 gaat ervan uit dat de billijkheid ook kan meebrengen dat bij tussentijdse opzegging geen restitutie plaatsvindt, indien in het lopende jaar een (gedekte) schade is gevallen. Deze kwesties zullen van geval tot geval tot geval bekeken moeten worden.

Overgangsrecht?

Directe werking.

Wat betekent dit voor de polisvoorwaarden?

De tekst van artikel 7.17.1.12a (7:939) kan letterlijk worden overgenomen.

Modeltekst

“Behalve bij opzegging wegens opzet de verzekeraar te misleiden, wordt bij tussentijdse opzegging de lopende premie naar billijkheid verminderd.”

ARTIKEL 7.17.1.13 (7:940) DUUR EN EINDE VAN DE VERZEKERING (CENTRALE OPZEGGINGSBEPALING)

Wettekst

1. Bij opzegging tegen het einde van een verzekeringsperiode teneinde verlenging van de overeenkomst te verhinderen, wordt een termijn van twee maanden in acht genomen.
2. De verzekeringnemer en, tenzij het een persoonsverzekering betreft, de verzekeraar kunnen een overeenkomst die is aangegaan voor een periode van meer dan vijf jaar, of die voor zulk een periode is verlengd, opzeggen tegen het einde van elk vijfde jaar binnen die periode. Daarbij geldt de in lid 1 genoemde termijn.
3. Indien de verzekeraar de bevoegdheid heeft bedongen de overeenkomst tussentijds op te zeggen, komt de verzekeringnemer een gelijke bevoegdheid toe. Tenzij jegens hem is gehandeld met het opzet tot misleiding neemt de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer een termijn van twee maanden in acht. Indien een verzekering dekking biedt tegen schade veroorzaakt door risico's als bedoeld in artikel 64 lid 2 van de Wet toezicht verzekeringsbedrijf 1993, kan, bij de verwezenlijking van een dergelijk risico of bij een dreiging van het ophanden zijn daarvan, de verzekeraar onderscheidenlijk de verzekeringnemer in afwijking van deze termijn van twee maanden, de overeenkomst met inachtneming van een termijn van zeven dagen opzeggen. De verzekeraar kan slechts tussentijds opzeggen op in de overeenkomst vermelde gronden, welke van dien aard zijn dat gebondenheid aan de overeenkomst niet meer van de verzekeraar kan worden gevegd

⁵Memorie van Toelichting op artikel 7.17.1.12 (7:938) (Kamerstuk 19 529).

4. Indien de verzekeraar de voorwaarden van de overeenkomst ten nadele van de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde wijzigt, is de verzekeringnemer gerechtigd de overeenkomst op te zeggen tegen de dag waarop de wijziging ingaat, en in ieder geval gedurende één maand nadat de wijziging hem is meegedeeld.
5. De verzekeraar kan een persoonsverzekering niet beëindigen of wijzigen op grond van verzwaring van het gezondheidsrisico, voor zover dat is gelegen in de persoon van degene, die de verzekering betreft.

Andere artikelen met betrekking tot duur en einde van de verzekering.

7.17.1.5 (7:929) leden 2 en 3 bij niet voldoen aan mededelingsplicht

2. De verzekeraar die ontdekt dat de verzekeringnemer heeft gehandeld met het opzet hem te misleiden of die bij kennis van de ware stand van zaken geen verzekering zou hebben gesloten, kan de overeenkomst binnen twee maanden na ontdekking met dadelijke ingang opzeggen.
3. De verzekeringnemer kan de overeenkomst met dadelijke ingang opzeggen binnen twee maanden nadat de verzekeraar overeenkomstig lid 1⁶ heeft gehandeld of zich bij de verwezenlijking van het risico op de niet-nakoming van de mededelingsplicht beroept. Bij persoonsverzekering kan de verzekeringnemer de beëindiging beperken tot de persoon, wiens risico het beroep op de niet-nakoming betreft.

7.17.1.10 (7:934) bij niet voldoen aan premiebetalingsplicht

Het niet nakomen van de verplichting tot betaling van de vervolgpremie kan eerst leiden tot beëindiging of schorsing van de verzekeringsovereenkomst of de dekking, nadat de schuldenaar na de vervaldag onder vermelding van de gevolgen van het uitblijven van betaling vruchteloos is aangemaand tot betaling binnen een termijn van 14 dagen, aanvangende de dag na aanmaning. De eerste zin geldt niet voor het geval bedoeld in artikel 83, onder c, van Boek 6.

7.17.1.12 (7:938) lid 2 na afloop van een vol verzekeringsjaar waarin geen risico is gelopen

2. Gedurende één maand na afloop van een vol verzekeringsjaar waarin geen risico is gelopen, mag elke partij de overeenkomst met ingang van het nieuwe verzekeringsjaar opzeggen. Deze opzegging heeft geen rechtskracht, indien risico is gelopen tussen de aanvang van het nieuwe verzekeringsjaar en de opzegging.

(7:948) lid 2 bij overgang van belang

3. De overeenkomst vervalt een maand nadat zij op de nieuwe verzekerde is overgegaan, tenzij deze binnen die termijn aan de verzekeraar verklaart de overeenkomst voort te zetten. In dat geval kan de verzekeraar binnen twee maanden nadat de verklaring is afgelegd, de overeenkomst met inachtneming van een termijn van een maand opzeggen.

⁶ Lid 1 luidt: “De verzekeraar die ontdekt dat aan de in artikel 4 omschreven mededelingsplicht niet is voldaan, kan de gevolgen daarvan slechts inroepen indien hij de verzekeringnemer binnen twee maanden na de ontdekking op de niet-nakoming wijst onder vermelding van de gevolgen.”

7.17.2.5b (7:950) bij overlijden van verzekeringnemer

Indien de verzekeringnemer overlijdt, kunnen zijn erfgenamen en de verzekeraar de overeenkomst binnen negen maanden nadat zij met dit overlijden bekend zijn geworden met inachtneming van een termijn van een maand opzeggen.

Wat voor nieuws brengen de opzegbepalingen van 7.17?

1. Verzekeraar kan verzekeringnemer voor ten hoogste vijf jaar binden aan een verzekeringscontract (alleen dwingend recht tegenover consumenten volgens 7.17.1.16 (7:943) lid 3, dus regelend recht tegenover bedrijfsmatig handelende verzekeringnemers).
2. Bij prolongaties kan verzekeraar verzekeringnemer niet binden aan een opzegtermijn van meer dan twee maanden (dwingend volgens 7.17.1.16 (7:943) lid 2), zowel tegenover consumenten als bedrijfsmatig handelende verzekeringnemers).
3. Bij tussentijds opzeggen moeten opzeggingsbevoegdheden en opzegtermijn (twee maanden) voor verzekeraar en voor verzekeringnemer gelijk zijn (dwingend volgens 7.17.1.16 (7:943) lid 2).
N.B. Uitzonderingen:
 - eenzijdige bevoegdheid verzekeraar onmiddellijk op te zeggen bij opzettelijke misleiding door verzekeringnemer of verzekerde (7.17.1.13 (7:940) lid 3).
 - eenzijdige bevoegdheid verzekeraar op te zeggen met in achtneming van termijn van 7 dagen, bij transport- en reisverzekeringen met dekking tegen groot molest als omschreven in art 64 lid 2 WTV 1993 (oorlog, onlusten, oproer en mouterij)
4. Tussentijds opzeggen door verzekeraar kan alleen op in de verzekeringsovereenkomst vermelde gronden en dan moeten die gronden bovendien van dien aard zijn dat continuering van de verzekering niet meer van verzekeraar kan worden gevegd (dwingend volgens art 7.17.1.16 (7:943) lid 2, dus zowel tegenover consumenten als bedrijfsmatig handelende verzekeringnemers).
5. Indien verzekeringsvoorwaarden de mogelijkheid bieden aan verzekeraars om deze tussentijds te herzien, kan verzekeringnemer bij een voor hem nadelige tussentijdse herziening, de verzekering tegen de wijzigingsdatum opzeggen. Verzekeringnemer krijgt daarvoor tenminste één maand de tijd gerekend vanaf de datum waarop de wijziging hem is meegedeeld (alleen dwingend voor consumentenverzekeringen volgens 7.17.1.16 (7:943) lid 3).
6. Verzekeraar kan een persoonsverzekering⁷ niet opzeggen of wijzigen op grond van verzwaring van het gezondheidsrisico (dwingend volgens 7.17.1.16 (7:943) lid 2, ook voor zakelijke verzekeringen).
7. Bij verzwijging door verzekeringnemer kunnen verzekeraar en verzekeringnemer de verzekering met onmiddellijke ingang opzeggen. Verzekeraar kan opzeggen binnen twee maanden na de ontdekking van de verzwijging en verzekeringnemer kan dat doen binnen twee maanden nadat verzekeraar tegenover hem het beroep op verzwijging heeft gedaan. Bij persoonsverzekeringen mag verzekeringnemer de opzegging beperken tot de persoon op wie het verzwegen risico betrekking heeft (alleen dwingend voor consumentenverzekeringen volgens 7.17.1.16 (7:943) lid 3).

⁷ Persoonsverzekeringen zijn verzekeringen die het leven of de gezondheid van een mens betreffen (7.17.1.1(7:925) lid 2), zoals zorg-, ongevallen- en levensverzekeringen.

8. Bij uitblijven van betaling van de vervolgpremie door verzekeringnemer kan verzekeraar de verzekering pas opzeggen nadat hij verzekeringnemer, na het verstrijken van de premievalidatum, nogmaals in een aparte brief tot premiebetaling heeft aangemaand onder vermelding van de consequenties bij verder uitblijven van betaling (alleen dwingend voor consumentenverzekeringen volgens 7.17.1.16 (7:943) lid 3).
9. De nieuwe opzeggingsbepalingen in de tweede titel van 7.17 hebben geen dwingendrechtelijk karakter en zijn dus alleen van toepassing als partijen bij de verzekeringsovereenkomst daarover niets hebben geregeld.

Overgangsrecht?

Artikel 7.17.1.13 (7:940) leden 1 en 2 zijn van toepassing indien een periode als in die leden bedoeld eindigt na het tijdstip van het in werking treden van de wet.

Artikel 7.17.1.5 (7:929) is niet van toepassing op overeenkomsten die vóór het tijdstip van in werking treden van de wet zijn gesloten, indien de verzekeraar zich binnen een jaar na in werking treden er op beroept dat de mededelingsplicht ex 251 K niet is nagekomen.

Artikel 7.17.2.5 (7:948) is niet van toepassing op een risico-overgang die vóór het in werking treden van de wet heeft plaatsgevonden.

Artikel 7.17.2.5b (7:950) is niet van toepassing op overeenkomsten die vóór het in werking treden van de wet zijn gesloten.

Overigens directe werking.

Wat betekent dit voor de polisvoorwaarden?

De polisvoorwaarden van de zakelijke verzekeringen moeten in overeenstemming worden gebracht met de nieuwe dwingendrechtelijke opzeggingsbepalingen van 7.17, dus met de verplichte opzegtermijn van 2 maanden bij prolongatie. Verder verdient aandacht dat de nieuwe opzeggingsbepalingen uit titel 2 van 7.17, zoals die bij overgang van het verzekerd belang onder bijzondere of algemene titel (7.17.2.5 (7:948) lid 2 respectievelijk 7.17.2.5b (7:950)) regeland recht bevatten en dat partijen bij de verzekeringsovereenkomst daarvan kunnen afwijken, indien zij een andere uitkomst voorstaan dan die uit de nieuwe wettelijke bepalingen zou voortvloeien.

Modeltekst

Zie clausules inzake duur en einde van de verzekering in de 7.17 beurs modelvoorwaarden voor marine-, property- en liability-polissen in bijlagen bij deze modelteksten.

ARTIKEL 7.17.1.14 (7:941) SCHADEMELDING

Wettekst

1. Zodra de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde van de verwezenlijking van het risico op de hoogte is, of behoort te zijn, is hij verplicht aan de verzekeraar de verwezenlijking te melden. Dit geschiedt zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is.
2. De verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn de verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen welke voor deze van belang zijn om zijn uitkeringsplicht te beoordelen.

3. Indien door de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 of 2 niet is nagekomen, kan de verzekeraar de uitkering verminderen met de schade die hij daardoor lijdt.
4. De verzekeraar kan het vervallen van het recht op uitkering wegens niet-nakoming van een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 slechts bedingen voor het geval hij daardoor in een redelijk belang is geschaad.
5. Het recht op uitkering vervalt indien de verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een verplichting als bedoeld in de leden 1 en 2 niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar te misleiden, behoudens voorzover deze misleiding het verval van het recht op uitkering niet rechtvaardigt.

Wat voor nieuws brengt 7.17.1.14 (7:941)?

1. Meldings- en informatieplicht rust op 'uitkeringsgerechtigde'⁸ en op 'verzekeringnemer' afzonderlijk, dus ook op de verzekeringnemer die geen uitkeringsgerechtigde is (leden 1 en 2).
2. Meldingsplicht geldt ook wanneer verzekeringnemer of uitkeringsgerechtigde van het verwezenlijken van het risico op de hoogte 'behoort' te zijn (lid 1).
3. Melden moet zo spoedig als 'redelijkerwijs' mogelijk is (lid 1) en informeren moet binnen 'redelijke' termijn (lid 2).
4. Verval van recht op uitkering als sanctie op niet nakomen meldingsplicht moet uitdrukkelijk in polisvoorwaarden worden bedongen en als dat wordt bedongen dan kan dat alleen met de toevoeging dat verzekeraar door niet nakomen in redelijk belang moet zijn geschaad (lid 4).
5. Verval van recht op uitkering geschiedt van rechtswege bij opzettelijke misleiding van verzekeraar, tenzij misleiding het verval van recht niet rechtvaardigt (7.17.1.14 (7:941), lid 5).

N.B. Deze bepalingen zijn alle semi-dwingendrechtelijke bepalingen in de zin dat in het verzekeringscontract van deze bepalingen niet ten nadele van de verzekeringnemer of de verzekerde mag worden afgeweken (7.17.1.16 (7:943), lid 2).

Overgangsrecht?

Directe werking.

Wat betekent dit voor de polisvoorwaarden?

Van de nieuwe bepalingen mag niet ten nadele van verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde worden afgeweken. Dat betekent dat afwijkingen wel mogelijk zijn ten gunste van verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde en dat brengt weer mee dat de huidige meldings- en informatiebepalingen in de polisvoorwaarden zouden kunnen worden gehandhaafd, voorzover die gunstiger zijn dan de bepalingen van art 7.17.1.14 (7:941). Hieronder volgt een modeltekst die zoveel mogelijk aansluit bij de regeling in 7.17.1.14 (7:941).

⁸ Volgens art 7.17.1.1a (7:926) wordt onder de 'tot uitkering gerechtigde' verstaan "degene die in geval van verwezenlijking van het risico krachtens de verzekering recht heeft op uitkering of door aanvaarding van de aanwijzing recht op uitkering kan krijgen".

Modeltekst

Verplichtingen na schade

1. Schademeldingsplicht

Zodra verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde op de hoogte is of behoort te zijn van een gebeurtenis die voor verzekeraar tot een uitkeringsplicht kan leiden, is hij verplicht die gebeurtenis zo spoedig als redelijkerwijs mogelijk is aan verzekeraar te melden.

2. Schade-informatieplicht

Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht binnen redelijke termijn aan verzekeraar alle inlichtingen en bescheiden te verschaffen die voor verzekeraar van belang zijn om zijn uitkeringplicht te beoordelen.

3. Medewerkingsplicht

Verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde zijn verplicht hun volle medewerking te verlenen en alles na te laten wat de belangen van verzekeraar zou kunnen benadelen.⁹

4. Sanctie bij niet nakomen verplichtingen

Aan deze verzekering kunnen geen rechten worden ontleend indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde een of meer van bovenstaande polisverplichtingen niet is nagekomen, voor zover daardoor de belangen van verzekeraar zijn benadeeld.¹⁰

Elk recht op uitkering komt te vervallen, indien verzekeringnemer of de tot uitkering gerechtigde de hiervoor onder 1 en 2 genoemde verplichtingen niet is nagekomen met het opzet de verzekeraar -te misleiden, tenzij de misleiding het verval van recht niet rechtvaardigt.¹¹

⁹ Bij aansprakelijkheidsverzekeringen kan hier worden toegevoegd: "Zij zijn verplicht zich te onthouden van het erkennen van aansprakelijkheid."

¹⁰ In verband met het bepaalde in artikel 7.17.2.9b zou hier in geval van een aansprakelijkheidsverzekering volledigheidshalve nog kunnen worden toegevoegd: "Van een benadeling is geen sprake bij een terechte erkenning van aansprakelijkheid of bij een erkenning van louter feiten."

¹¹ Strikt genomen behoeft dit onderdeel van de clausule niet in de polisvoorwaarden te worden opgenomen, omdat het verval van recht bij opzettelijke misleiding van verzekeraar rechtstreeks voortvloeit uit de dwingendrechtelijke bepaling van lid 5. Aangezien het verval van recht in deze situatie echter bijna standaard in de huidige polisvoorwaarden is opgenomen zonder de uitzondering "behoudens voor zover deze misleiding het verval van recht op uitkering niet rechtvaardigt", verdient het de voorkeur dit verval van recht toch in de adviestekst mee te nemen.

ARTIKEL 7.17.1.15 (7:942) VERJARING

Wettekst

1. Een rechtsvordering tegen de verzekeraar tot het doen van een uitkering verjaart door verloop van drie jaren na de aanvang van de dag, volgende op die waarop de tot uitkering gerechtigde met de opeisbaarheid daarvan bekend is geworden. Niettemin verjaart de rechtsvordering bij verzekering tegen aansprakelijkheid niet voordat zes maanden zijn verstreken nadat de vordering waartegen de verzekering dekking verleent, binnen de voor deze geldende verjarings- of vervaltermijn is ingesteld.
2. De verjaring wordt gestuit door een schriftelijke mededeling, waarbij op uitkering aanspraak wordt gemaakt. Een nieuwe verjaringstermijn begint te lopen met de aanvang van de dag, volgende op die waarop de verzekeraar hetzij de aanspraak erkent, hetzij bij aangetekende brief ondubbelzinnig heeft medegedeeld de aanspraak af te wijzen onder eveneens ondubbelzinnige vermelding van het in lid 3 vermelde gevolg.
3. In geval van afwijzing verjaart de rechtsvordering door verloop van zes maanden.

Wat voor nieuws brengt 7.17.1.15 (7:942)?

1. Het artikel bevat verjaringsregels die in verschillende opzichten afwijken van de algemene regels van verjaring en stuiting krachtens titel 11 van Boek 3 BW.
2. De voor de praktijk meest ingrijpende wijziging is dat onder het regiem van dit artikel contractuele vervaltermijnen in de polisvoorwaarden, zoals thans nog veelvuldig het geval is, niet langer rechtskracht hebben tegenover de verzekeringnemer en/of de tot uitkering gerechtigde.
3. Het eerste lid, eerste zin, bekort dwingendrechtelijk tegenover de verzekeringnemer en/of de tot uitkering gerechtigde de verjaringstermijn ten aanzien van het geldend maken van het recht op uitkering tot drie jaar; dit in afwijking van de normale verjaringstermijn van vijf jaar.
4. Het eerste lid, tweede zin, geeft een bijzondere aanvullende regeling voor de aansprakelijkheidsverzekering: de rechtsvordering tegen de aansprakelijkheidsverzekeraar verjaart niet voordat zes maanden zijn verstreken nadat de vordering waartegen de verzekering dekking verleent, binnen de voor deze vordering geldende verjarings- of vervaltermijn is ingesteld.
5. Krachtens het tweede lid wordt de verjaring van een rechtsvordering tegen de verzekeraar tot het doen van een uitkering gestuit door een schriftelijke mededeling, waarbij aanspraak op uitkering wordt gemaakt. De nieuwe verjaringstermijn begint hier echter anders dan krachtens artikel 3:317 niet te lopen vanaf het moment van de sluitingshandeling, maar eerst met de aanvang van de dag, volgende op die waarop de verzekeraar hetzij de aanspraak erkent, hetzij bij aangetekende brief ondubbelzinnig heeft medegedeeld de aanspraak af te wijzen.
6. Nieuw is ten slotte het derde lid dat bepaalt dat in geval van afwijzing de rechtsvordering door verloop van zes maanden verjaart. Ook de termijn van dit derde lid kan overeenkomstig het bepaalde in lid 2 worden gestuit met dien verstande dat een nieuwe verjaringstermijn van drie jaar gaat lopen vanaf de dag waarop de verzekeraar alsnog de aanspraak erkent dan wel een verjaringstermijn van zes maanden vanaf het moment waarop de verzekeraar bij aangetekende brief de aanspraak ondubbelzinnig afwijst met de ondubbelzinnige waarschuwing dat de nieuwe termijn van zes maanden gaat lopen.

Overgangsrecht?

Directe werking.

Wat betekent dit voor de polisvoorwaarden?

In de eerste plaats kan men zich afvragen of de nieuwe verjaringsregeling tot uitdrukking dient te komen in de polisvoorwaarden. Een ontkennend antwoord lijkt in de rede te liggen. Bedoeld artikel 7.17.1.15 (7:942) is zoals reeds gezegd ingevolge artikel 7.17.1.16 (7:943) tegenover de verzekeringnemer en de tot uitkering gerechtigde van dwingendrechtelijke aard, ongeacht of het een consumentenverzekering betreft. Dat betekent dat de verzekeraar geen mogelijkheid heeft daarvan te zijner gunste, bijvoorbeeld in de vorm van een verval van recht-regeling, af te wijken. Nu evenmin is gebleken van enige wens om in de polisvoorwaarden ten gunste van de verzekeringnemer af te wijken, lijkt daarmee de zin om de wettelijke regeling in de polisvoorwaarden 'over te schrijven' te ontbreken.

Iets anders is dat het wel goed lijkt nog eens te wijzen op de in artikel 1.15 (7:942), lid 3, bedoelde schriftelijke en ondubbelzinnige afwijzing van dekking. Bedoeld artikel verplicht de verzekeraar bij die afwijzing, die bij aangetekende brief dient te geschieden, ook ondubbelzinnig op de daaraan verbonden (verjarings)gevolgen te wijzen.

AFDELING 2 SCHADEVERZEKERING

ARTIKEL 7.17.2.8 (7:951) EIGEN GEBREK

Wettekst

De verzekeraar vergoedt geen schade aan de verzekerde zaak, indien die is veroorzaakt door de aard of een gebrek van die zaak.

Wat voor nieuws brengt 7.17.2.8 (7:951)?

De bewoordingen van artikel 7.17.2.8 (7:951) wijken af van die van artikel 249 Wetboek van Koophandel. De woorden 'eigen bederf' komen in de nieuwe bepaling niet meer voor. Eigen bederf is geen oorzaak van schade, maar een vorm van schade die kan zijn veroorzaakt door de aard of het gebrek van een zaak. Daarmee is echter inhoudelijk geen wijziging beoogd.

Overgangsrecht?

Directe werking.

Wat betekent dit voor de polisvoorwaarden?

Polisvoorwaarden waarin wordt gerefereerd of gerenuncieerd aan artikel 249 Wetboek van Koophandel of waarin artikel 249 Wetboek van Koophandel wordt geciteerd, moeten slechts op terminologie worden gecontroleerd en zo nodig worden aangepast.

Modeltekst

Zie clausules inzake eigen gebrek in de 7.17 beurs modelvoorwaarden voor marine-, property en liability-polissen in bijlagen bij deze modelteksten.

ARTIKEL 7.17.2.9 (7:952) EIGEN SCHULD

Wettekst

De verzekeraar vergoedt geen schade aan de verzekerde die de schade met opzet of door roekeloosheid heeft veroorzaakt.

Wat voor nieuws brengt 7.17.2.9 (7:952)?

1. Onder het huidige recht is algemeen aanvaard dat het huidige artikel 276 Wetboek van Koophandel en artikel 294 Wetboek van Koophandel, hoewel verschillend in terminologie, beide merkelijke schuld¹² en alle zwaardere vormen van schuld van dekking uitsluiten. Het nieuwe recht heeft de ondergrens van de uitgesloten schuldvormen echter verhoogd naar roekeloosheid. Hoewel de wetgever daarmee kennelijk beoogt zowel bewuste als onbewuste roekeloosheid uit te sluiten¹³, wijst hij er tegelijkertijd op¹⁴ dat roekeloosheid gelijk is aan 'grove schuld', welke laatste term nog in het ontwerp van 1986 werd gebruikt. Daarmee scheidt de wetgever enige verwarring, immers 'grove schuld' is, aldus de Hoge Raad, gelijk te stellen met een in laakbaarheid aan opzet grenzende schuld¹⁵, d.w.z. met bewuste roekeloosheid¹⁶. De wetgever had daarom in de toelichting duidelijker moeten maken¹⁷ dat roekeloosheid 'bewuste en onbewuste roekeloosheid' betekent.
2. Ook met betrekking tot de vraag of eigen schuld van één van de verzekerden ook aan de andere verzekerde(n) kan worden tegengeworpen, breekt het nieuwe recht, dat regelend recht betreft, met het huidige recht. Thans is geldend recht dat indien er meerdere verzekerden zijn, eigen schuld van één van de verzekerden ook aan de andere verzekerde(n) kan worden toegerekend, althans indien tussen die verzekerden een rechtsband bestaat als gevolg waarvan het verzekerde belang als een

¹² Onder merkelijke schuld moet worden verstaan een ernstige mate van schuld: HR 17-6-1988, NJ 1988, 966, Lammy-coat; HR 03-02-1989, NJ 1990, 477 HR 27-10-2000, NJ 2001, 119, HR 12 januari 2001, NJ 2001, 419 en HR 4 april 2003, RvdW 2003, 70; AMEV-Meijerink). Het is een lichtere schuldvorm dan roekeloosheid.

¹³ Toelichting ontwerp 1982, pag. 49, waar het nog ging om de uitleg van het begrip 'grove schuld'; Toelichting ontwerp 1986, pag. 25; brief d.d. 3 augustus 1998 van ministerie van Justitie aan het Verbond, pag. 38.

¹⁴ Toelichting op de Nota van wijziging 2000, pag. 31.

¹⁵ HR 12-03-1954, NJ 1955, 386, Codam/Merwede.

¹⁶ HR 27-03-1992, NJ 1992, 496, Mossink/Nebem en met zoveel woorden HR 04-02-2000, NJ 2000, 249, UAPNieuw Rotterdam/Van Woudenberg ('Solon'). Daarbij moet wel worden aangetekend dat het in deze arresten niet ging om het begrip 'grove schuld' in het kader van het verzekeringsrecht.

¹⁷ Uit de M.v.T. is wel op te maken dat de ratio van het voorstel (om ook onbewuste roekeloosheid onder de uitsluiting te vatten) is dat de innerlijke gesteldheid (bewuste roekeloosheid) van de verzekerde voor de verzekeraar een te zware bewijslast met zich mee zou brengen.

gemeenschappelijk belang moet worden aangemerkt.¹⁸ Het Nieuw Burgerlijk Wetboek breekt met deze regel. De Toelichting op de Nota van wijziging d.d. 21 juni 2000, vermeldt dat de nieuwe redactie duidelijk wil maken dat indien er meer verzekerden zijn, opzet of roekeloosheid van een van de verzekerden niet ook aan de anderen kan worden tegengeworpen.

Overgangsrecht?

Artikel 7.17.2.9 (7:952) is niet van toepassing op verzekeringen die zijn afgesloten vóór het in werking treden van het nieuwe recht tot de eerstvolgende gelegenheid waarbij de voorwaarden worden aangepast.

Wat betekent dit voor de polisvoorwaarden?

A. Beurspolissen (m.u.v. aansprakelijkheidspolissen en CAR-verzekeringen)

Algemeen

De ondergrens van de wettelijk uitgesloten schuldvormen is verhoogd. Verzekeraars die zich daaraan in hun voorwaarden willen conformeren hoeven dus niets te doen of kunnen volstaan met het overnemen van de wettekst. De hieronder opgenomen modeltekst is bedoeld voor die verzekeraars die in hun polissen conform het huidige artikel 276/294 Wetboek van Koophandel merkelijke schuld en alle zwaardere vormen van schuld van dekking willen (blijven) uitsluiten vanwege de onduidelijkheid als hierboven onder 1 genoemd, bevat de modeltekst uitdrukkelijk de woorden “al dan niet bewuste roekeloosheid”

Voor bedrijvenpolissen is nog van belang wiens gedrag of nalaten als eigen schuld aan het verzekerde bedrijf kan worden toegerekend. Uitgangspunt voor de vraag of een bedrijf eigen schuld kan worden toegerekend is het op het terrein van de onrechtmatige daad ontwikkelde ‘Babbel’-criterium.¹⁹ Daarbij moet echter uitdrukkelijk rekening worden gehouden met de geheel eigen verzekeringsrechtelijke karaktertrekken, met name de strekking, van artikel 7.17.2.9 (7:952). Het gaat om een uitzonderingsbepaling waaraan niet een te ruime toepassing behoort te worden gegeven.²⁰ Teneinde onzekerheid op dit punt zoveel mogelijk tegen te gaan wordt hieronder een modeltekst gegeven waarin het toerekeningscriterium nader wordt ingevuld. Met nadruk zij vermeld dat het uiteraard aan het eigen beleid van iedere verzekeraar is overgelaten om van deze modeltekst, al dan niet in aangepaste vorm, gebruik te maken.

Brand

De NBUG 2002, NBBU 2002 en de NBZB 2002 kennen geen bepalingen inzake eigen schuld. Dat betekent dus dat onder het NBW minder schuldgradaties zijn uitgesloten dan onder de huidige wet. De beurspolissen kennen evenmin een regeling omtrent eigen schuld van functionarissen van het bedrijf. Voor het geval de huidige schuldgradaties

¹⁸ HR 19-06-1992, NJ 1993, 555; CB/Fatum II, nader gepreciseerd in HR 19-10-2001, NJ 2002, 224; Vitesse/UAP-Nieuw Rotterdam c.s.

¹⁹ HR 6 april 1979, NJ 1980, 34 (Kleuterschool Babbel).

²⁰ HR 11 mei 1990, NJ 1990, 544 (Los Gauchos) en HR 4 oktober 1991, NJ 1992, 410 (Veder); Asser-Clausing- Wansink, 5-VI, 1e druk, nr. 275 en de daar vermelde literatuur.

uitgesloten moeten blijven en een regeling wordt overwogen voor functionarissen, wordt de onderstaande tekst aanbevolen.

Modeltekst

“De verzekeraar vergoedt geen schade die de verzekeringnemer of een verzekerde met opzet, al dan niet bewuste roekeloosheid of merkelijke schuld heeft veroorzaakt.

Met opzet, al dan niet bewuste roekeloosheid of merkelijke schuld van de verzekeringnemer of een verzekerde wordt voor de toepassing van deze uitsluiting gelijkgesteld de opzet, de al dan niet bewuste roekeloosheid of merkelijke schuld van degene die in opdracht of met goedvinden van de verzekeringnemer of een verzekerde de algehele feitelijke leiding heeft over het bedrijf of een deel van het bedrijf van de verzekeringnemer of van die verzekerde en die in die hoedanigheid schade veroorzaakt.”

Van merkelijke schuld is sprake, indien het gaat om een gedraging die, al is een verzekerde zich daarvan niet bewust, naar objectieve maatstaven een zodanig aanmerkelijke kans op schade met zich brengt dat een verzekerde zich van dat gevaar bewust had behoren te zijn en door zich van die gedraging niet te onthouden in ernstige mate tekort schiet in zorg ter voorkoming van schade.

B. Aansprakelijkheidsverzekeringen voor bedrijven

De bestaande clausules geven inzake opzet een geheel eigen regeling en behoeven in beginsel geen wijziging. De verzekeraars wordt geadviseerd de door hen gehanteerde clausules op hun eigen merites te beoordelen.

C. CAR-verzekeringen

In de sectie Aansprakelijkheid van CAR-verzekeringen is veelal uitgesloten de aansprakelijkheid voor schade die voor verzekerde het beoogde of zekere gevolg is van zijn handelen of nalaten. Uit de context is op te maken dat een beroep op de clausule alleen opgaat tegenover de verzekerde die de schade lijdt. Gaat het om schade die het gevolg is van de opzet van een andere verzekerde dan de verzekerde die de schade lijdt, dan behouden verzekeraars zich een recht van verhaal voor op die andere verzekerde.

Modeltekst

“De verzekeraar vergoedt geen schade die de verzekerde die de schade lijdt met opzet, al dan niet bewuste roekeloosheid of merkelijke schuld heeft veroorzaakt. De verzekeraar die een schade onder de polis vergoedt, is gerechtigd deze te verhalen op de verzekerde door wiens opzet, al dan niet bewuste roekeloosheid of merkelijke schuld de schade is veroorzaakt.” Van merkelijke schuld is sprake, indien het gaat om een gedraging die, al is een verzekerde zich daarvan niet bewust, naar objectieve maatstaven een zodanig aanmerkelijke kans op schade met zich brengt dat een verzekerde zich van dat gevaar bewust had behoren te zijn en door zich van die gedraging niet te onthouden in ernstige mate tekort schiet in zorg ter voorkoming van schade.

F. Transportverzekeringen

Op Beurstransportverzekeringen is doorgaans uitgesloten schade die door merkelijke schuld van verzekerde is veroorzaakt. Indien verzekeraars en makelaars deze uitsluiting ook onder vigeur van het nieuwe recht willen handhaven, zouden zij daarvoor de volgende modeltekst kunnen gebruiken.

Modeltekst

In afwijking van artikel 7.17.2.9 (7:952) Burgerlijk Wetboek vergoeden de verzekeraars geen schade die een verzekerde door merkelijke schuld heeft veroorzaakt. Van merkelijke schuld is sprake, indien het gaat om een gedraging die, al is een verzekerde zich daarvan niet bewust, naar objectieve maatstaven een zodanig aanmerkelijke kans op schade met zich brengt dat een verzekerde zich van dat gevaar bewust had behoren te zijn en door zich van die gedraging niet te onthouden in ernstige mate tekort schiet in zorg ter voorkoming van schade.

ARTIKEL 7.17.2.9C (7:954) DIRECTE ACTIE

Wettekst

1. Indien in geval van een verzekering tegen aansprakelijkheid de verzekeraar ingevolge artikel 7.17.1.14 (7:941) de verwezenlijking van het risico is gemeld, kan de benadeelde verlangen, dat indien de verzekeraar een uitkering verschuldigd is, het bedrag dat de verzekerde daarvan ter zake van de schade van de benadeelde door dood of letsel te vorderen heeft, aan hem wordt betaald.
2. De benadeelde kan zonder melding deze betaling verlangen, indien de verzekerde een rechtspersoon was die heeft opgehouden te bestaan en de verplichting tot vergoeding van de schade van de benadeelde niet op een ander is overgegaan.
3. Indien de benadeelde zijn in lid 1 bedoelde bevoegdheid nog niet heeft uitgeoefend, kan de verzekeraar slechts bevrijdend aan de verzekerde betalen nadat hij de benadeelde tevergeefs verzocht heeft binnen vier weken mede te delen of hij deze bevoegdheid wil uitoefenen, of indien deze daarvan afstand heeft gedaan.
4. De verzekerde is niet bevoegd ten nadele van de benadeelde over zijn vordering op de verzekeraar te beschikken, voorzover deze vordering schade door dood of letsel betreft, noch is deze vordering in zoverre voor anderen dan de benadeelde vatbaar voor beslag.
5. Voor zover de verzekeraar in verband met overschrijding van een verzekerde som tot minder gehouden is dan het bedrag waarvoor de verzekerde aansprakelijk is, wordt de verschuldigde uitkering naar evenredigheid toegerekend aan de schade van elk der benadeelden alsmede, voor zover zij benadeelden betreft met zowel schade door dood of letsel als andere schade, aan deze onderscheiden schadesoorten.
6. Niettemin blijft de verzekeraar die, onbekend met het bestaan van vorderingen van andere benadeelden, te goeder trouw aan een benadeelde of de verzekerde een groter bedrag dan het aan deze toekomstige deel heeft uitgekeerd, jegens de andere benadeelden slechts gehouden tot het beloop van het overblijvende gedeelte van de verzekerde som.
7. De betaling aan de benadeelden kan worden opgeschort voor zover in verband met het in de eerste zin bepaalde op redelijke gronden kan worden betwijfeld welk bedrag dient te worden voldaan.
8. De benadeelde die terzake van zijn schade door dood of letsel een rechtsvordering instelt tegen de verzekeraar, is daartoe slechts bevoegd indien hij ervoor zorgdraagt dat de verzekerde tijdig in het geding wordt geroepen. Dit lijdt uitzondering in het geval, bedoeld in lid 2.
9. De leden 1 tot en met 6 missen toepassing, voor zover de benadeelde schadeloos is gesteld of voor zover hem door de wet jegens de verzekeraar een eigen recht op schadevergoeding is toegekend.

Wat voor nieuws brengt 7.17.2.9c (7:954)?

Deze dwingende wetsbepaling (7.17.2.25a (7:963), lid 4) introduceert nieuwe regels over de wijze waarop aansprakelijkheidsverzekeraars voortaan personenschades van benadeelden moeten behandelen en afwikkelen.²¹ De bepaling geldt ook voor andere polissen waarop schade aan derden is meegedeekt, zoals cascopolissen, scheepsaanbouwpolissen, landmateriaal- en constructieverzekeringen.

Overgangsrecht?

Artikel 7.17.2.9c (7:954) is niet van toepassing voorzover een uitkering vóór het tijdstip van het in werking treden van de wet is voldaan.

Wat betekent dit voor de polisvoorwaarden?

De nieuwe bepaling raakt in bijzonder het polisbeding inzake schadebehandeling en schaderegeling dat standaard in aansprakelijkheidsverzekeringen is opgenomen. Dit beding komt in de regel erop neer dat verzekeraar het recht heeft benadeelden rechtstreeks schadeloos te stellen en met hen schikkingen te treffen, met in achtneming van de belangen van verzekerde. Hoewel de gangbare schaderegelingsbedingen in de aansprakelijkheidspolissen en het bepaalde in artikel 9c elkaar, strikt genomen, niet bijten, kan het duidelijkheidshalve geen kwaad om voor de behandeling en afwikkeling van personenschades, in het beding een verwijzing naar het artikel op te nemen, bijvoorbeeld als volgt:

Modeltekst

“Aanspraken van benadeelden tot vergoeding van personenschade²² zullen worden behandeld en afgewikkeld met in achtneming van het bepaalde in artikel 7.17.2.9c (7:954 BW)”

ARTIKEL 7.17.2.18 (7:957) BEREDDINGSKOSTEN

Wettekst

1. Zodra de verzekeringnemer of de verzekerde van de verwezenlijking van het risico of het ophanden zijn daarvan op de hoogte is, of behoort te zijn, is elk hunner, naar mate hij daartoe in de gelegenheid is, verplicht binnen redelijke grenzen alle maatregelen te nemen, die tot voorkoming of vermindering van schade kunnen leiden.
2. De verzekeraar vergoedt de kosten aan het nemen van de in lid 1 bedoelde maatregelen verbonden, en de schade aan zaken die daarbij worden ingezet.

²¹ Zie voor een heldere toelichting op de nieuwe regels, prof. mr. J.G.C. Kamphuijsen in ‘Het nieuwe verzekeringsrecht, een eerste verkenning’, *Serie Verzekeringsrecht, Deventer 2000, pagina’s 177 t/m 193.*

²² Volgens de standaarddefinitie in nagenoeg alle polisvoorwaarden van aansprakelijkheidsverzekering: “letsel of aantasting van de gezondheid, al dan niet de dood ten gevolge hebbend, met inbegrip van de daaruit voortvloeiende schade” en aldus conform het bepaalde in art 9c.

3. Indien de verzekerde de in lid 1 bedoelde verplichting niet is nagekomen, kan de verzekeraar de uitkering verminderen met de schade die hij daardoor lijdt.

Wat voor nieuws brengt 7.17.2.18 (7:957)?

1. De vergoedingsplicht van verzekeraar bij beredding omvat dwingend de kosten van bereddingsmaatregelen en de schade aan zaken die bij de beredding worden ingezet (18 (7:957) lid 2 jo 25a (7:963), lid 5).
2. De vergoeding is dwingend verschuldigd zowel aan verzekeringnemer als aan verzekerde (18 lid 1 en 2 jo 25a (7:963), lid 5).
3. De vergoeding is ook verschuldigd bij overschrijding van de verzekerde som, tenzij in de polisvoorwaarden anders is bedongen (22 (7:959), lid 1). Bij particuliere verzekeringen is de vergoeding boven de verzekerde som echter dwingend voorgeschreven tot minimaal eenmaal die som (22 (7:959) lid 1 jo 25a (7:963), lid 6).
4. Bij niet nakomen van de bereddingsplicht door verzekerde is de verzekeraar bevoegd de uitkering te verminderen met de schade die hij daardoor lijdt.

Overgangsrecht?

De dwingendrechtelijke dekking van de bereddingskosten bij particuliere verzekeringen tot minimaal de verzekerde som is niet van toepassing op overeenkomsten die vóór het in werking treden van het nieuwe recht zijn gesloten, echter tot uiterlijk het moment waarop de voorwaarden met het oog op het in werking treden van de nieuwe wet of na het in werking treden van de nieuwe wet worden aangepast. Op daarna genomen maatregelen van beredding is het nieuwe recht van toepassing.

Wat betekent dit voor de polisvoorwaarden?

In de eerste plaats zullen polisvoorwaarden, die in de dekkingsomschrijving expliciet een vergoeding van bereddingskosten hebben opgenomen en in verband daarmee doorgaans ook een definitie van 'bereddingskosten' kennen, moeten worden aangepast aan de wet. De dekking moet worden uitgebreid met een vergoeding van schade aan zaken die bij het nemen van de bereddingsmaatregelen worden ingezet en in de definitie van bereddingskosten moet naast verzekerde ook verzekeringnemer worden genoemd als degene die de bereddingsmaatregelen heeft genomen.

Beursvoorwaarden waarin geen definitie van bereddingskosten is opgenomen, behoeven niet te worden aangepast.

Modeltekst

Standaarddefinitie van 'bereddingskosten' voor beurspolissen waarin een definitie van "bereddingskosten" is opgenomen (de tussen haakjes geplaatste tekst kan worden toegevoegd bij de beursaansprakelijkheidsverzekering):

"Kosten van maatregelen die door of vanwege verzekeringnemer of een verzekerde worden getroffen en redelijkerwijs geboden zijn om het onmiddellijk dreigend gevaar van schade af te wenden waarvoor – indien gevallen – (een verzekerde aansprakelijk zou zijn en) de verzekering dekking biedt, of om die schade te beperken. Onder kosten van maatregelen wordt in dit verband mede verstaan schade aan zaken die bij het nemen van de hier bedoelde maatregelen worden ingezet."

In de tweede plaats kan de (in beginsel onbeperkte) wettelijke vergoedingsplicht worden beperkt. Voor particuliere verzekeringen echter niet verder dan de dwingendrechtelijke limiet van eenmaal de verzekerde som (artikel 7.17.2.22 (7:959), lid 1, jo 7.17.2.25a (7:963), lid 6). Of en, zo ja op welke wijze de beperking vorm moet krijgen is ter beoordeling aan de individuele verzekeraars en kan variëren van opname van de bereddingskosten in de maximale vergoedingsplicht per gebeurtenis of per aanspraak en per jaar tot dekking van de bereddingskosten tot een bepaalde limiet boven de verzekerde som.

Ten slotte verdient aandacht dat, met uitzondering van het bepaalde in het tweede lid, artikel 7.17.2.18 (7:957) regelen recht bevat. De in het derde lid neergelegde sanctie is, blijkens haar formulering, slechts beschikbaar indien en voor zover de verzekeraar bewijst hoe groot de schade is die als gevolg van het niet-nakomen van de hier bedoelde plicht voor hem is ontstaan. In de huidige praktijk is gebruikelijk om als sanctie bij niet-nakoming van verplichtingen bij schade het recht op uitkering te laten vervallen als de belangen van de verzekeraar daardoor zijn benadeeld.

Onderstaande modeltekst kan worden gebruikt als men die praktijk wil continueren. Een clause van deze strekking heeft uiteraard niet tot gevolg dat de verzekeraar nu zonder meer bij iedere nalatigheid in het nemen van bereddingsmaatregelen die (enige) benadeling van de belangen van de verzekeraar tot gevolg heeft, de vergoedingsplicht geheel van de hand kan wijzen. Verzekeraar zal moeten bewijzen dat zijn belangen door het uitblijven van bereddingsmaatregelen zijn benadeeld. Dat betekent dat verzekeraar op het concrete geval toegesneden feiten en omstandigheden moet aandragen, die het vermoeden rechtvaardigen dat hij voor de vergoeding van schade wordt aangesproken die bij het wel nemen van bereddingsmaatregelen achterwege zou zijn gebleven.

Met nadruk wordt erop gewezen dat het iedere verzekeraar uiteraard volkomen vrij staat deze sanctiebepaling, al dan niet in gewijzigde vorm, op te nemen.

Modeltekst

Sanctie op de niet-nakoming van de bereddingsplicht:

“Aan deze verzekering kunnen geen rechten worden ontleend indien de verzekeringnemer of de verzekerde heeft nagelaten maatregelen te nemen ter voorkoming of vermindering van schade als bedoeld in artikel 7.17.2.18 (7:957), voor zover daardoor de belangen van verzekeraar zijn benadeeld.”

ARTIKEL 7.17.2.21 (7:958) ONDERVERZEKERING EN PREMIER RISQUE

Relevante wettekst

3. Bij totaal verlies vergoedt de verzekeraar de waarde van het verzekerde belang bij de zaak
4. De verzekeraar vergoedt in geval van verzekering tegen vervangings-, herbouw- of nieuwwaarde bij gedeeltelijke schade te zijner keuze, hetzij de kosten van herstel en de waardevermindering naar verkoopwaarde ondanks herstel, hetzij de verzekerde waarde van de onbeschadigde zaak verminderd met de verkoopwaarde van de restanten.
5. Indien het bedrag van de verzekerde som lager is dan de waarde die aan de schadeberekening ten grondslag ligt, wordt de vergoeding volgens de leden 2 en 4 verminderd naar evenredigheid van hetgeen dat bedrag lager is dan de waarde.

Wat voor nieuws brengt artikel 7.17.2.21?

Volgens het huidige artikel 253 lid 3 K kunnen partijen overeenkomen dat verzekeraar gehouden is ook in geval van onderverzekering, een gedeeltelijke schade volledig te vergoeden, ook wel premier risque beding genoemd. Deze wettelijke bepaling is in het nieuwe artikel 7:958 BW niet overgenomen.

Overgangsrecht?

Directe werking

Wat betekent dit voor de polisvoorwaarden?

De mogelijkheid om in het premier risque beding te verwijzen naar de wettelijke bepaling van artikel 253 lid 3 K komt in het nieuwe verzekeringsrecht te vervallen als gevolg van het verdwijnen van het artikel in het Wetboek van Koophandel. Dat betekent dat het premier risque beding in de beurspolisvoorwaarden mede aan de hand van de oude wettekst opnieuw moet worden geformuleerd.

In dit verband is nog van belang dat beursbrandverzekeringen een bijzondere regel kennen voor de aftrek van een toepasselijk eigen risico bij een schade die de premier risque limiet overschrijdt. Die regel houdt in dat de aftrek van het eigen risico steeds aan de top van het schadebedrag plaatsvindt in plaats van aan de voet. Bij een premier risque limiet van bijvoorbeeld 100.000 euro, een eigen risico van 10.000 euro en een schade van 110.000 euro, ontvangt de rechthebbende op de branduitkering geen 90.000 euro maar de volle 100.000 euro.

In verband hiermee is in onderstaande modeltekst speciaal voor beursbrandverzekeringen een zin toegevoegd over de aftrek van het eigen risico.

In de modeltekst is het woord "belangen" tussen haakjes als mogelijkheid in plaats van "gevaarsobjecten" vermeld omdat - afgezien van de constatering dat een premier risque beding weinig zinvol is bij aansprakelijkheidsverzekeringen en kostendekkingen zoals opruimingskosten waar de "exposure" niet vaststaat in bepaalde branches zoals de transportbranche het gebruik van "first loss" voor op een zekere waarde te schatten belangen gebruikelijk en wellicht ook aan te bevelen is.

Modeltekst

Premier risque

In geval van schade of verlies wordt maximaal het als premier risque op het polisblad vermelde verzekerde bedrag vergoed, ongeacht de werkelijke waarde van de verzekerde gevaarsobjecten (of belangen) onmiddellijk voor de gebeurtenis.

Toevoeging voor beursbrandverzekeringen:

Indien een eigen risico van toepassing is wordt het schadebedrag, dat na aftrek van het toepasselijk eigen risico, resteert, vergoed tot maximaal het premier risque bedrag.

ARTIKEL 7.17.2.24A (7:961) SAMENLOOP BIJ VERZEKERINGEN

Wettekst

1. Indien dezelfde schade door meer dan een verzekering wordt gedekt, kan de verzekerde met inachtneming van artikel 24 (7:960) elke verzekeraar aanspreken. De verzekeraar is daarbij bevoegd de nakoming van zijn verplichting tot schadevergoeding op te schorten totdat de verzekerde de andere verzekeringen heeft genoemd.
2. Voor de toepassing van lid 1 wordt met schade die door een verzekering wordt gedekt gelijkgesteld schade die door de verzekeraar onverplicht wordt vergoed.
3. De verzekeraars hebben onderling verhaal opdat ieder zijn deel draagt, naar evenredigheid van de bedragen waarvoor een ieder afzonderlijk kan worden aangesproken. Verzekeraars hebben op gelijke voet onderling verhaal voor hun redelijke kosten tot het vaststellen van de schade, alsmede voor hun redelijke kosten van verweer in en buiten rechte. De verzekerde is jegens de verzekeraars afzonderlijk verplicht zich te onthouden van elke gedraging die ten koste van dezen afbreuk doet aan hun onderling verhaal.
4. De bij een zelfde verzekering betrokken verzekeraars zijn niet verder aansprakelijk dan voor hun evenredig deel van hetgeen in totaal ten laste van die verzekering komt.

Wat voor nieuws brengt 7.17.2.24a (7:961)?

Artikel 7.17.2.24a (7:961), kent niet langer het chronologisch beginsel, maar kiest als uitgangspunt dat de verzekerde bij meervoudige verzekering elke verzekeraar kan aanspreken (met inachtneming van artikel 24 (7:960), indemniteitsbeginsel).

Vervolgens heeft de aangesproken verzekeraar (lid 3) verhaal op de andere verzekeraar(s) naar rato van het bedrag waarvoor ieder afzonderlijk had kunnen worden aangesproken. Verhaal is ook mogelijk voor onverplichte uitkeringen (lid 2) en voor kosten ter vaststelling van de schade en het voeren van verweer (lid 3).

Er is sprake van regelend recht, dus men mag van de regeling afwijken.

Overgangsrecht?

Verzekeringen die vóór het in werking treden van de nieuwe wet zijn gesloten kunnen slechts overeenkomstig de regeling in het oude recht worden aangesproken (chronologisch beginsel), echter tot uiterlijk het moment waarop de voorwaarden met het oog op het in werking treden van de nieuwe wet of na het in werking treden van de nieuwe wet worden aangepast. De nieuwe wettelijke regeling is dan van toepassing op risico's die zich na die aanpassing hebben verwezenlijkt.

Wat betekent dit voor de polisvoorwaarden?

Polisvoorwaarden bevatten vaak een afwijking van de wettelijke regeling. Het gaat, ook onder het nieuwe recht, om regelend recht dus al die clausules behouden in beginsel hun werking. Hieronder een overzicht van de meest gebruikelijke.

Na-u-clausule

Ook wel bekend als mits-niet-elders-gedekt-clausule. Men onderscheidt harde en zachte vormen, en als beide samenlopende polissen een clausule kennen van gelijke zachtheid of hardheid, dan vallen ze tegen elkaar weg. Onder het nieuwe recht zal dat niet anders zijn, zij het dat het gevolg van dat tegen elkaar wegvallen natuurlijk wel anders is. Waar onder het oude recht het chronologisch beginsel herleefde (niet bij aansprakelijkheidsverzekeringen en ziektekostenverzekeringen), zal onder het nieuwe recht voor alle schadeverzekeringen de regel herleven dat beiden aanspreekbaar zijn naar rato van het bedrag waarvoor ieder afzonderlijk had kunnen worden aangesproken.

Speciale polis gaat voor

Er zijn clausules met als strekking dat als een zaak ook verzekerd is onder een speciale polis (en dan volgt soms een opsomming van dergelijke speciale polissen) die speciale polis voorgaat. Ook die clausules behouden hun geldigheid.

Evenredige verminderingsregel

Deze clausules beperken de dekking bij samenloop tot een evenredig deel van de schade. Zij vertonen in hun uitkomst enige gelijkenis met de regeling zoals die thans in de wet is te vinden. De basistekst voor veel clausules die evenredige verminderingsregels bevat, is te vinden in de Nederlandse Beurs Brand polis (NBBP).

Ten slotte is denkbaar dat aan het arsenaal samenloopclausules een nieuwe wordt toegevoegd, namelijk een waarin de toepasselijkheid van het chronologisch beginsel wordt neergelegd. Omdat de meeste samenloopclausules er nu juist toe dienen om aan de werking van het chronologisch beginsel te ontkomen, ligt het niet voor de hand dat aan een dergelijke clausule grote behoefte zal bestaan.